EPB 50.
JOV. C/7

3me ANNÉE, COMMENÇANT LE 1er JUILLET 1835.

JOURNAL
DES
CONNAISSANCES
MÉDICO-CHIRURGICALES.

PAR LES DOCTEURS

A. TROUSSEAU, J. LEBAUDY, H. GOURAUD,

ACCOMPAGNÉ DE DOUZE PLANCHES D'ANATOMIE DE RÉGIONS DE GRANDEUR NATURELLE, GRAVÉES SUR ACIER.

PAR AN : 10 FR. POUR PARIS ; 12 FR. POUR LES DÉPARTEMENS.

LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES NE COUTENT QUE :
6 FR. POUR PARIS ; 7 FR. 50 CENT. POUR LES DÉPARTEMENS.

On souscrit :

AU BUREAU DU JOURNAL,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, No 4, A PARIS.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° I. — JUILLET 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. SUR LE CATHÉTÉRISME SIMPLE ET FORCÉ, ET SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ET DES FISTULES URINAIRES. (Suite et fin.)

Un nouveau gradomètre est aujourd'hui indispensable, du moins pour ce qui concerne mes cathéters, et l'échelle, en commençant à l'un des derniers numéros de l'ancienne mesure, devra finir à la plus forte dilatation *possible* de l'urètre; celle, par exemple, qui est nécessaire pour l'introduction facile du plus gros instrument de la lithotritie.

J'ai divisé cet espace en six degrés et j'établis mon minimum ou mon n° 1 à deux lignes ou quatre millimètres, et mon maximum à quatre lignes et demie ou neuf millimètres, de sorte qu'il y a une *demi-ligne* de différence entre le diamètre de chacun des numéros intermédiaires, et que je n'ai besoin que de six instrumens pour satisfaire *à toutes* les exigences *chez les adultes*. Le chiffre indiquant ces six numéros différens est frappé, sur chaque cathéter et à une petite plaque transversale ou longitudinale, laquelle a encore cet avantage de faciliter le maniement du tube et d'en indiquer exactement la direction.

En dehors de ces six cathéters, figurera celui dit *conique*, lequel répondra au n° 1 de ma filière, par son extrémité recourbée, et au n° 6 par l'autre extrémité, afin que, par son introduction, on force graduellement, d'abord, le méat urinaire, si sa dilatation est nécessaire pour le passage ultérieur des autres instrumens et, ensuite, les autres points rétrécis, si la chose peut être avantageuse.

On m'a reproché de n'avoir rien fait connaître encore, sur ce sujet, par la voie de l'impression (1) (*Voyez* une lettre insérée dans ce journal, octobre 1833).

Il me semble que ma doctrine tout entière est dans cette lettre. Mais on m'a traité de *visionnaire*, et on est allé jusqu'à prétendre que je n'avais *jamais vu* de véritables rétrécissemens, ou que ceux des Suisses étaient tout différens de ceux qu'on rencontre en France! On s'est payé, dédaigneusement, de ces raisons, pour se dispenser d'essayer le moindre effort afin de sortir de la mauvaise ornière où l'on se trouve engagé depuis si long-temps.

Il est aisé d'entrevoir que les principes que je viens de poser, *s'ils sont justes*, doivent trouver leur exacte application dans *toutes* les circonstances où il peut s'agir de dilater un conduit ou un passage *quelconque*, lors, du moins, que l'introduction des moyens de dilatation mécanique peut se faire avec facilité et sans inconvéniens. Ainsi, les narines, le canal nasal, la trompe d'Eustache, le conduit auditif externe, l'œsophage pourront, au besoin, être recalibrés par des procédés et des corps analogues à ceux que je conseille pour l'urètre. Le larynx et la glotte ne seront pas exempts de cette même application, dans la carrière pleine d'intérêt et d'avenir où M. Trousseau (1) s'est lancé, avec tant de bonheur et de succès; et ce n'est pas à lui qu'il faut indiquer tout le parti qu'il pourra tirer des corps dilatans métalliques pour restaurer des organes, aux fonctions desquels il sait si habilement suppléer. Mais ce qu'une longue expérience m'a déjà appris,

(1) L'impression?... Qu'a-t-elle servi pour mes autres productions? Dès l'année 1812, par exemple, je n'ai cessé d'écrire en faveur de l'hyponarthécie, de mettre ce précieux moyen de traiter les fractures toujours mieux à la portée de tous, en le démontrant à plusieurs reprises dans les hôpitaux et à l'Académie de médecine. *A peine si l'on connaît de nom, en France, la planchette et sa suspension.* J'ai fait connaître fort longuement, et j'ai mis en pratique, à la Pitié, dès 1826, la ligature en masse. *M. Lisfranc*, qui a le bon esprit de ne repousser aucun procédé, quand il le juge utile, *est le seul qui ait tiré parti de ce moyen énergique et* INDISPENSABLE. J'ai indiqué tous les avantages qu'offrait le métal trempé dans l'eau bouillante (le marteau) pour remplacer, au besoin et dans les cas urgens, le sinapisme, le vésicatoire et les moxas, et pour agir mieux encore que ces trois agens d'irritation, de vésication et de cautérisation. *A peine si j'en entends parler.* J'ai fait toucher au doigt tout ce qu'avaient de remarquable, en fait de simplicité, de commodité, d'énergie, de sûreté, d'économie de temps et d'argent, etc., les linges pleins sur les bandes: *je vois dans tous les hôpitaux, toujours les mêmes procédés déligatoires;* et, cependant, l'Académie des Sciences m'a décerné un prix pour ce sujet, et mon nouveau système de déligation est enseigné publiquement à Paris. Que n'ai-je pas dit et écrit sur le coton et la ouate glacée? *M. le professeur Roux semble destiné à doter les hôpitaux de cet excellent moyen de pansement, et de lui faire subir, au moins, l'épreuve de la concurrence avec la charpie. Il en sera probablement de même des triangles et des cravates, vis-à-vis du plus fastidieux, du plus incommode, du plus rude et du plus infidèle des liens,* DES BANDES, en un mot. *Un essai comparatif et simultané* des deux systèmes de déligation chirurgicale, serait, tout au moins innocent; mais il peut offrir aux professeurs, aux élèves et surtout aux malades des ressources nouvelles et inattendues. M. Roux, le représentant actuel de la chirurgie française, se chargera-t-il, le premier, d'instruire ce procès, et de fournir les pièces essentielles pour le bien juger? Cette œuvre serait digne de lui et de la noble indépendance qu'il apporte dans l'exercice de notre art.

(1) Mémoire inédit sur les rétrécissemens chroniques du larynx.

c'est que les *rétrécissemens du rectum* peuvent être domptés avec facilité et promptitude, au moyen de corps *durs*, coniques et volumineux qu'on fait passer et repasser dans cet intestin. Il suffit même, le plus souvent, dans ce cas, de donner une dimension convenable et une forme conique à une *simple canule* à lavement, et de recommander au malade d'insinuer assez avant cette dernière, une ou deux fois par jour, et de prendre, en même temps, une injection émolliente. On satisfait ainsi, à la fois, sans embarras et sans peine, à trois indications essentielles : 1° on dilate la coarctation ; 2° on ramollit et on calme les tissus ; et 3° on délaye et évacue les matières stercorales. Je n'ai pas besoin de dire que, comme pour les rétrécissemens de l'urètre, il convient, ici, d'avoir des corps dilatans de divers calibres et même de longueurs différentes. J'ajouterai que le métal n'est pas de rigueur, et que l'ivoire ou un bois susceptible d'un très beau poli suffiront toujours amplement. Je n'ai donc jamais recours aux mèches, et on en devine assez la raison.

Je pourrais étayer mes propositions et la pratique qui en est la conséquence, d'un très grand nombre d'observations ; mais je me contenterai de citer quelques cas seulement, pris parmi ceux qui me paraissent s'adapter le mieux à mon sujet et l'éclairer suffisamment.

Ire *Observation.* — M. Pl..., de Genève, se trouvant à Paris, en 1813, s'adressa à Dupuytren pour des rétrécissemens urétraux. Ce chirurgien célèbre et M. M... le traitèrent conjointement, par le moyen de bougies et de petites sondes élastiques, et *jamais* avec des cathéters métalliques. Malgré le peu de volume et de force de ces corps dilatans, et l'habileté connue des deux opérateurs, il y eut inflammation du testicule, dépôt et fistule urinaires ; et enfin, après un très long traitement, assez peu de facilité dans l'émission des urines. M. Pl... vint à Lausanne, muni de petites sondes que ses chirurgiens lui avaient recommandé de passer et de porter de temps en temps. C'est dans cet état qu'il s'adressa à moi, en 1815. Lorsque je lui expliquai ma manière de faire, il s'écria, plaisamment, à la vue de mes deux plus gros cathéters, qu'il les *récusait*, attendu, disait-il, qu'il était de règle que le *contenu* ne devait jamais être plus gros que le *contenant*. Si bien que, de nos jours, il ne leur eût certes pas épargné l'épithète consacrée, et que nous aurions, sans aucun doute aussi, des *cathéters-monstres*. Quoi qu'il en soit, nous nous mîmes sur-le-champ à l'œuvre, et je passai, assez facilement, un premier numéro, que je laissai quelques minutes en place. Tous les deux ou trois jours, M. Pl... venait se faire introduire, et bientôt il introduisit, lui-même, le corps métallique. A chaque séance nous poussions, d'abord, un ou deux des numéros *précédens*, lesquels nous donnaient la facilité d'insinuer plus doucement le numéro qui suivait ; c'est ce que M. Pl... appelait *passer du connu à l'inconnu*. Dix applications suffirent pour en finir avec ce mal opiniâtre ; et, aujourd'hui, après environ vingt années, il n'y a pas encore eu de récidive.

M. Pl... avait eu l'idée de faire faire, pour s'en servir au besoin, *et comme sa soupape de sûreté*, un cathéter *plein en acier*, lequel avait le plus beau poli possible, et qu'il faisait *glisser* dans la vessie presque par son propre poids et et tout à fait *inaperçu*. Ce malade, observateur délié, et ses réflexions pleines de jugement et de justesse, à l'occasion de mes instrumens et de leurs prompts et heureux effets, comparativement à ce qu'il savait d'un autre mode de médication, n'ont pas peu contribué à me révéler tout ce que cette pratique a de précieux, à m'engager à y persister exclusivement, et à la porter au point où elle est arrivée aujourd'hui.

IIe *Observation.* — M. A..., anglais, avait des difficultés d'uriner produites par des *strictures*, pour lesquelles le célèbre Everard Home le soigna, en vain, et qui cédèrent, enfin et facilement, aux corps dilatans *métalliques*. Cependant, au bout de douze ans, et dans un voyage d'assez long cours qu'il fit, il y trois ans, M. A... s'aperçut d'un retour de son mal ; et comme il se trouvait près d'une ville où habitait un chirurgien à réputation européenne, il s'empressa de le consulter. Ce praticien, justement célèbre, ne put introduire ni bougies ni petites sondes ; et, après une heure d'essais inutiles et douloureux, il déclara au voyageur que ses rétrécissemens étaient considérables, qu'ils exigeaient un traitement de six à huit semaines, et qu'il l'engageait à rester, pour cette cure. M. A... était décidé à subir ce traitement, lorsqu'il apprit qu'il aurait lieu par la cautérisation. A ce mot, il recula d'effroi, et, se rappelant qu'il avait, chez lui, des cathéters métalliques, il les fit venir, les passa et repassa *quelquefois* lui-même, *sans difficultés*, et, par ce moyen, il a été parfaitement remis. Dès lors et depuis ces trois ans, il n'a éprouvé ni diminution dans le jet de l'urine, ni augmentation dans les efforts pour la rendre, et il n'a, par conséquent, plus été dans le cas de recourir à son cathéter métallique.

« Que me serait-il arrivé, me dit, à cette « occasion, cet étranger, si je n'eusse pas connu « ce procédé, et si je me fusse livré entre les « mains de ce cautériseur ? Rien de bon, assu- « rément, si j'en juge, du moins, par ce que « j'ai vu et par ce que j'ai appris d'un grand « nombre de mes compatriotes. »

IIIe *Observation.* — M. C..., âgé d'environ cinquante ans, était tourmenté, depuis plus de vingt ans, de difficultés d'uriner. Sa position sociale et son séjour habituel à Paris, lui permirent d'appeler à son secours, tout ce que la capitale possède de talens distingués. Quatre des notabilités chirurgicales se réunirent même en consultation, pour aviser aux moyens de le soulager et de le guérir, et la plupart furent dès lors consultés et appelés séparément, dans plusieurs occasions et toujours pour le même mal. L'un d'eux, qui occupe une place brillante et dont la réputation est faite, pour le traitement de l'affection qui nous occupe, fut enfin chargé, pendant plusieurs années, de donner au malade les soins les plus assidus. Cordes à boyaux, bougies de toutes espèce et de tous diamètres, sondes à demeure, bougies à ventre, douze ou quinze cautérisations, etc., etc., furent successivement et presque constamment mis en usage, pendant ces vingt ans, et *jamais une sonde métallique!* Bien plus, c'est que les chirurgiens consultés s'étaient tous accordés en ce point,

qu'il ne fallait, *dans aucun cas*, avoir recours à ce tube de métal, qu'ils signalaient comme d'un usage *très dangereux*, dans le cas actuel.

Je fus appelé, avec mon confrère le docteur Baup, de Nyon, près de M. C..., à la fin d'octobre 1833, et je trouvai qu'il avait une très grande difficulté d'uriner, que l'urine filtrait par le périnée, qu'un dépôt urineux se manifestait dans cette région, et on me fit part des antécédens que je viens de mentionner et d'accidens divers qu'il est inutile de rapporter. Sur le vu des sondes et des bougies, à la lettre *filiformes*, qu'on me dit pouvoir à peine passer, j'aurais voulu parer de suite à la cause de tous ces désordres, et faire cesser ceux-ci au moyen du cathétérisme forcé. Mais la répugnance invincible du malade et la frayeur qu'il avait de tout agent métallique et, à plus forte raison, de ceux si énormes que je lui proposais, me forcèrent à n'user que d'une sonde élastique du plus petit calibre.

Elle n'entra qu'avec la plus grande difficulté, et après *une heure* de tâtonnemens. Elle resta deux jours à demeure, pour faire place à un numéro supérieur, lequel fut, à son tour, remplacé par un troisième moins petit. Cependant, le malade ne s'opiniâtra plus, et cédant enfin à mes sollicitations et à l'assurance que je lui donnai, qu'il guérirait plus vite et plus sûrement, en sortant de l'ornière dans laquelle on l'avait fait entrer, depuis tant d'années, il permit de faire tout ce que je jugerais convenable.

Mon cathéter n° 1 (deux lignes de diamètre) fut aussitôt introduit avec facilité, et au bout d'assez peu de jours le malade *lui-même*, fit passer celui n° 5, d'environ quatre lignes de diamètre. Des lors et afin de bien conserver l'effet obtenu, nous en poussions chaque matin plusieurs de suite, mais de calibres variés, c'est-à-dire, de deux lignes et demie à quatre et demie de diamètre. Le reste de la journée, le malade ou moi, nous vidions la vessie, quand le besoin se faisait sentir, en introduisant rapidement un de nos *puissans* cathéters. Il va sans dire que, sous l'influence de ce traitement mécanique, les fistules disparurent bien vite, le jet des urines devint plus gros qu'il ne l'avait été depuis plus de vingt ans, et le malade reprit toute sa santé. Il est d'ailleurs sûr, maintenant, d'être à l'abri de rechutes et hors de la dépendance du chirurgien; car il se sonde lui-même avec toute l'adresse d'un homme de l'art, indifféremment avec un cathéter de deux lignes de diamètre, ou avec d'autres de trois et demie à quatre lignes. Il est, du reste, inutile de dire combien il regrette de ne pas avoir connu plutôt un procédé si doux, si facile et si expéditif; et qu'il regarde en pitié, pour ne pas dire plus, la quantité innombrable des bougies et de sondes élastiques qu'il a employées, et dont il a encore aujourd'hui une trop ample provision.

IVe *Observation.* — M. J..., fabricant à Lausanne, âgé de quarante-neuf ans, a, dans les premiers jours de novembre 1833, une rétention d'urine accompagnée de délire. Les efforts réitérés de deux bons praticiens pour le sonder (MM. Zink et Burnier, de Lausanne), échouèrent, et ils se virent réduits à faire la ponction sus-pubienne. Au bout de quelques jours, la sonde élastique échappe du canal artificiel et ne peut être réintroduite. De nouvelles tentatives pour pénétrer dans le canal urétral ayant encore été infructueuses, je fus appelé, et j'appliquai à ce cas, le procédé qui me réussit si bien. En effet, au bout d'assez peu de minutes, je fis passer un de mes cathéters et j'évacuai beaucoup d'urine *bourbeuse et fétide*; car la plaie faite par le trocart, donnait des signes de gangrène et nous révéla des désordres graves. Le malade mourut, en effet, et nous vîmes que quelque peu d'urine avait filtré derrière la paroi postérieure de la vessie, et que cette partie, ainsi que le péritoine environnant, étaient frappés de gangrène. Cependant, le canal de l'urètre était *complétement libre* et nous permit de le traverser facilement et sans mandrin, avec une sonde élastique n° 10. Or donc, si nous considérons que, depuis nombre d'années, notre concitoyen urinait très mal et avec tous les caractères inhérens aux rétrécissemens; que deux chirurgiens exercés n'avaient pu le sonder avec des sondes ordinaires et variées, et que moi-même j'avais reconnu, en forçant le passage, deux obstacles assez considérables, on ne pourra méconnaître ici, l'avantage et l'action énergique de mon procédé, soit pour vider la vessie, soit pour dompter promptement l'étroitesse partielle de son canal excréteur.

Ve *Observation.* — M. le général D. L..., octogénaire, avait, depuis sept ou huit mois, des besoins très fréquens d'uriner, auxquels il ne faisait que peu d'attention, tant qu'ils purent être encore satisfaits. Ils étaient dûs à quelques rétrécissemens, et surtout à l'impuissance de la vessie de se vider entièrement. La rétention complète eut lieu dans la nuit du 10 octobre 1833, avec tous les caractères d'une forte réaction. Les sangsues, les bains, les cataplasmes, etc., n'ayant pas empêché le mal de s'aggraver, je pus, enfin, obtenir de faire usage du cathéter. Un de deux lignes put passer aisément; mais chaque jour, lorsque les besoins d'uriner se faisaient sentir, et malgré la sortie de quelque peu de sang vermeil, je substituai, lors de l'opération, un cathéter de plus en plus volumineux. Comme je prévis bien que cette application serait indispensable, pendant longtemps, et que je savais que le général la redouterait bien moins que l'état de gêne et de dépendance où elle le placerait, je m'empressai de l'initier dans l'art du cathétérisme, aussitôt que je fus parvenu à mon plus gros calibre. Une seule leçon lui suffit, et dès lors il s'est fort bien passé de moi. Le 31 décembre, il eut quelques velléités de rendre spontanément ses urines; le 1er janvier il s'en échappa quelques gouttes, et dès ce jour-là, des besoins plus ou moins pressans et des dispositions plus tranchées à les satisfaire, *naturellement*, se sont manifestés et soutenus. Aussi, le général, en parfaite santé, d'ailleurs, ne passa plus la sonde que de temps en temps, et seulement pour s'assurer bien de l'état de la vessie et pour maintenir celui de l'urètre.

VIe *Observation.* — (J'ai dit, quelque part, que je n'avais JAMAIS échoué dans l'opération du cathétérisme. J'aurais tort de m'exprimer

de la sorte aujourd'hui ; et voici une nouvelle preuve de la réserve qu'on doit mettre à prononcer ce grand mot. Mais ce qui précède était rédigé depuis plus d'une année ; et l'observation suivante est, comme on peut le voir, d'une date plus récente).

Etenoz, âgé de vingt-six ans, bien constitué, tombe, vers la fin de décembre 1833, à cheval sur une planche placée de champ, se fait une énorme contusion au périnée, et une hémorrhagie a lieu immédiatement par l'urètre. Traitement antiphlogistique, urines douloureuses et sanguinolentes, pendant environ un mois ; puis, apparence de guérison, mais diminution graduelle et rapide du jet des urines.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 5 avril suivant, l'urine sort, alternativement, par gouttes ou en spirale filiforme ; elle est douloureuse et n'a lieu qu'avec des efforts expulsifs extrêmes. Le cathéter arrive aisément jusque derrière le scrotum, où le toucher signale un durillon douloureux, espèce de tumeur de la grosseur d'une noisette, qui fuit devant le tube métallique, et revient à sa place primitive lorsque l'instrument cesse d'agir.

Les tentatives réitérées du cathétérisme forcé, tel que je l'ai indiqué dans ce mémoire, furent sans aucun effet, et je dus y renoncer, complétement, pour essayer les autres moyens connus et préconisés. Ainsi, je recourus, successivement, aux cordes à boyaux, aux bougies élastiques, à l'application à demeure et à la pression permanente d'une sonde, sur l'obstacle même, d'après le conseil de Dupuytren ; aux injections, suivant la pratique de M. Amussat, aux bains, sangsues, cataplasmes, onguent mercuriel, etc., etc. Tout fut inutile : et la difficulté de l'excrétion urinaire allant toujours en augmentant, je décidai le malade à se soumettre à l'opération de la boutonnière. Mon but était, par là, de fendre le durillon que j'ai dit se présenter au bout du cathéter ; d'ouvrir une issue libre aux urines par le périnée, d'attaquer, comme disent les militaires, l'ennemi en queue, *en le tournant*, c'est-à-dire de dilater l'urètre, *à tergo*, en pénétrant par la plaie, et en procédant d'arrière en avant ; et, enfin, de pousser une sonde de gomme élastique dans ce trajet, lorsqu'il aurait été rendu perméable par les manœuvres que je viens d'indiquer.

L'opération eut lieu, le 14 juillet, de la manière suivante : position du malade comme dans la lithotomie ; cathéter maintenu par un aide sur l'obstacle imperméable ; incision de douze lignes, parallèle à l'urètre et commençant sur le bec de l'instrument ; mise à nu de celui-ci ; sa sortie par la plaie ; mais impossibilité de lui faire enfiler le canal, au dessus ou en arrière de l'endroit rétréci ; impossibilité même de reconnaître ce canal, le malade ne pouvant faire aucun effort pour uriner, malgré les instances qu'on fit pour obtenir qu'il lançât quelques gouttes d'eau, afin de nous révéler l'endroit précis d'où elle partait, ou, du moins, la position de l'urètre, gonflé par la présence du liquide ; remise du reste de l'opération à un autre moment : pansement simple ; hémorrhagie consécutive ; tamponnement ; urines plus faciles et passant en partie par la plaie et en partie par la verge ; les jours suivans, opposition insurmontable de ce malheureux à d'ultérieures explorations pour le placement d'une sonde ; symptômes variés d'irritation abdominale ; traitement antiphlogistique ; cicatrisation de la boutonnière à l'exception d'un trou fistuleux assez étroit, etc., etc.

Nous en étions là, le 5 septembre, lorsque M. le professeur Roux vint visiter l'hôpital de Lausanne, et s'assurer, par lui-même, de certaines dispositions déligatoires, assez étranges, qu'on y remarque. L'occasion était trop heureuse pour ne pas en profiter, soit dans le but de venir au secours de l'infortuné Etenoz, soit, au moins, pour recevoir une brillante leçon sur la manière de forcer des obstacles urétraux aussi rebelles. Eh bien ! malgré l'adresse connue, la douceur et la patience du célèbre chirurgien de Paris, il ne put parvenir à retrouver ou à restaurer le passage. La sonde à dard, portée à une assez grande profondeur pour faire supposer qu'elle était dans la vessie, ne donna issue qu'à du sang, et fut laissée en place pendant douze heures. Mais il survint, alors, un frisson violent, du ballonnement, une agitation extrême qui nous forcèrent de retirer l'instrument, et de revenir à toute la série des antiphlogistiques, déjà si souvent mis en usage et toujours couronnés de succès.

Ce cas excitait mon intérêt à un trop haut degré, pour que je ne saisisse pas, avec empressement, tous les moyens de m'éclairer ; et le plus grand chirurgien de l'Angleterre, suivant de près M. Roux, après avoir, comme le dernier, examiné en détail l'établissement auquel je suis préposé et les spécialités qu'on y remarque, voulut bien me donner les directions suivantes : 1° ouvrir une large issue aux urines, par une incision au périnée ; 2° maintenir ce passage artificiel bien libre ; 3° rétablir graduellement le canal urétral jusqu'à la plaie où il viendrait aboutir ; et 4° tâcher de réunir, par une sonde, les deux ouvertures béantes de l'urètre et qui se trouveraient ainsi rapprochées et comme abouchées l'une à l'autre dans cette plaie.

Ces conseils de sir Astley Cooper coïncidaient, comme on voit, avec ce que j'avais voulu obtenir le 14 juillet ; mais l'exécution rencontra encore, de la part du malade, cette même opposition *inébranlable*, qui avait fait échouer tous mes projets. Il s'affaiblit graduellement, et fut enlevé, le 18 octobre, sous l'influence d'une épidémie dysentérique qui sévissait alors à Lausanne.

L'autopsie nous révéla les quatre points essentiels ci-après : 1° un durillon de la nature et de la consistance du cartilage, et de la grosseur d'une petite noisette, lequel embrassait l'urètre près de l'endroit où arrivait le bec du cathéter, et au delà duquel aucun de mes instrumens n'avait pu pénétrer ; 2° une déviation coudée à angle droit, et qui rejetait à droite le canal de l'urètre, dans l'étendue de deux lignes et demie, précisément vers ce même durillon ; 3° une ouverture de ce canal vers le susdit endroit, mais si ténue, qu'elle ressemblait à celle de l'un des points lacrymaux, et que le jet qui en sortait, pouvait être assimilé à celui de la seringue d'A-

nel ; 4° une fausse route parallèle au trajet de l'urètre, et qui aboutissait sous le pubis, où était un foyer purulent. Ce canal artificiel contenait du pus.

Il est donc évident que les difficultés à vaincre, dans ce cas extrême, étaient au dessus de tous les moyens ordinaires, et que la boutonnière pouvait seule en triompher. Mais aussi, n'oublions pas que ce rétrécissement était l'effet *d'une cause externe*, en quelque sorte *exceptionnelle*, et que ce cas ne prouve rien contre mon moyen, pas plus que contre la pratique hardie de M. Roux.

Peut-être aurait-on évité le mal, en passant un cathéter dans le canal, aussitôt qu'on s'est aperçu que l'émission des urines était altérée ? et peut-être, encore, est-ce une nécessité de s'attacher, particulièrement, et de recourir de bonne heure au cathétérisme, dans les rétrécissemens qui sont la suite de lésions mécaniques ?

J'ai eu, du moins, à traiter un cas de rétention d'urine, qui dépendait d'un rétrécissement causé lui-même par une chute toute pareille à celle d'Etenoz, et qui manifestait une très forte tendance à *récidiver*. Je l'ai soigné à ma manière, avec un plein succès, et j'ai mis le sujet qui en était atteint à l'abri d'accidens ultérieurs, en lui donnant une de mes sondes, après qu'il eut appris à s'en servir convenablement; et en lui recommandant de la passer *une fois* tous les mois ou plus ou moins souvent, suivant qu'il en reconnaîtrait l'utilité ou le besoin.

Résumé ou propositions qui découlent de cette exposition de mon système. — 1° L'évacuation artificielle de l'urine, contenue dans la vessie ; l'exploration de cette dernière et de son conduit excréteur ; le traitement des fistules urinaires et celui des rétrécissemens de l'urètre, ainsi que la préparation des voies aux instrumens de la lithotritie, doivent être exécutés par le même procédé opératoire, connu sous le nom de CATHÉTÉRISME.

2° Cette opération peut *toujours* se faire au moyen du TUBE MÉTALLIQUE, connu sous le nom de *cathéter*.

3° Les cathéters *d'étain* ou d'un alliage métallique, *à* BON MARCHÉ, *susceptible de recevoir un beau poli, d'être résistant et de ne pas casser*, sont, en général, bien préférables à ceux d'argent.

4° Les cathéters, pour qu'ils ne blessent point, qu'ils n'exposent pas à faire de fausses routes, qu'ils soient d'un usage facile et commode et d'un effet prompt, doivent, en général, être *volumineux*, avoir un diamètre en rapport avec le degré de dilatabilité présumable ou relative du canal de l'urètre, et être *toujours terminés par un bec bien arrondi, ou tout au moins olivaire.*

5° Six ou sept numéros sont suffisans, pour un adulte ; et les deux extrêmes de cette graduation seront, d'un côté, deux lignes, soit quatre millimètres, et de l'autre neuf millimètres ou quatre lignes et demie de diamètre.

6° Ainsi construits, les cathéters rendent, en général, superflus *tous* les autres instrumens en usage pour *dilater* le canal urétral et satisfaire à l'opération du cathétérisme (1re proposition).

7° L'action du cathéter, lorsqu'il s'agit de dilater les parois du canal de l'urètre, n'est que la *compression, plus ou moins énergique de ces mêmes parties, de dedans en dehors.*

8° Les principes du cathétérisme forcé sont fondés sur cette observation *constante*, qu'un corps arrondi à son extrémité et d'un certain volume, écarte et enfile un canal membraneux, tel que l'urètre, avec moins d'inconvénient et de danger qu'un corps petit et, à plus forte raison, qu'un corps aigu.

9° La grosseur du cathéter doit être en raison directe des efforts nécessaires pour surmonter la résistance de l'urètre à la réception de ce corps métallique ; en d'autres termes, plus l'obstacle à l'introduction du cathéter sera considérable, ou plus il faudra de force pour le vaincre, plus aussi il y aura prudence et sécurité à ne faire usage que d'un tube volumineux.

10° La force à employer, pour faire pénétrer un tube métallique, doit être lente, graduée et accompagnée des précautions et des manœuvres en usage lors de l'introduction du doigt, de la main, et de quelque instrument dans les autres voies naturelles, et dans celles qui sont le produit de l'art ou d'accidens.

11° Le passage du cathéter, à travers des obstacles difficiles à vaincre, doit être assimilé à la sortie de la tête du fœtus, à travers les orifices utérin et vulvaire ; et l'opérateur ne devra *jamais* perdre de vue cette marche naturelle, chaque fois qu'il est appelé à agir, *de force*, avec le cathéter.

12° Après l'introduction d'un corps volumineux dans l'urètre, ce canal, ou ne se rétrécit presque plus, ou ne revient que lentement sur lui-même ; de sorte qu'on peut n'être plus obligé de le traverser de nouveau, pour en maintenir le calibre convenable, et que cette opération réussit très bien encore, après plusieurs jours d'intervalle.

13° Il est bien rare qu'on soit obligé de laisser des bougies ou des sondes, *en permanence*, dans l'urètre ; l'introduction momentanée des cathéters métalliques suffit, presque toujours, au but qu'on se propose.

14° On peut, sans être de l'art, apprendre, très facilement à manier le cathéter métallique et à l'introduire, sans crainte, *quoique* volumineux et précisément à *cause* de sa grosse dimension. Il convient même que les chirurgiens profitent de cette circonstance pour familiariser, avec le cathétérisme, certains malades ou leurs assistans.

15° Les corps dilatans, en dehors des substances métalliques, n'ayant pas, à beaucoup près, tous les avantages qu'offrent les cathéters, on cessera d'en faire l'usage immodéré et l'abus qui existent aujourd'hui ; on ne s'en servira que dans certains cas exceptionnels ; et on les envisagera, pour ce qu'ils sont en effet, ici, comme *de faibles, de petits*, et, tranchons le mot, *de pauvres moyens.*

16° Cet abandon et cette réforme signaleront un progrès en faveur de la simplicité, de la facilité, de la commodité, de l'innocuité et de l'économie soit *de temps*, soit *d'argent*. Les

praticiens, les élèves et les malades participeront également à tous ces avantages.

17° Enfin, les principes relatifs aux rétrécissemens de l'urètre doivent s'appliquer, également, aux coarctations de *tous* les autres organes, lorsqu'ils sont accessibles à nos instrumens, et, tout particulièrement, au *rectum* (1).

Mathias MAYOR,

Docteur-médecin, à Lausanne.

(1) Depuis un mois que je suis à Paris et que je fréquente assidûment les hôpitaux, j'ai fait plusieurs démarches, auprès de messieurs les chirurgiens, pour avoir l'occasion de prouver mes assertions par des faits, et de mettre à l'épreuve mes procédés: aussi M. Cloquet a bien voulu me faire l'honneur de me céder son fauteuil, samedi 25 avril, pour faire, à son amphithéâtre et en présence d'un nombreux auditoire, l'exposition de mes vues et moyens, et il a mis, à ma disposition, un jeune homme qui avait un rétrécissement. J'ai passé, sans aucune difficulté, mon numéro 2; et après l'avoir fait retirer par le malade, celui-ci l'a immédiatement réintroduit, et aussi bien que moi. De vifs et trop flatteurs applaudissemens ont salué ce facile succès et m'ont engagé à pousser, de suite encore et de concert avec le malade, mon numéro 3.

Le mardi suivant, 28, le résultat fut autrement décisif. Il s'agissait d'un malade, couché au n° 16 (Portat), âgé de quarante-neuf ans, qui, à la suite d'une chute et d'un ébranlement considérable, il y a environ quatorze ans, resta quatre mois au lit et s'aperçut qu'il urinait de plus en plus mal, au point que l'excrétion n'avait lieu que goutte à goutte et indépendamment de sa volonté. Il entra à l'Hôtel-Dieu, il y a neuf ans, et y subit, dans le service de feu Dupuytren, le traitement ordinaire par les bougies et les sondes. Mais le mieux obtenu ne dura pas, et, au bout de deux ans, le mal était exactement au même point qu'à l'entrée de Portat à l'hôpital. Il était alors aux Invalides, et passa onze mois à l'infirmerie de ce bel établissement, où il fut abandonné à la nature, après d'inutiles essais de traitement, aucun des habiles chirurgiens de cet hôtel n'ayant jamais pu lui introduire de sondes. Dès lors, et jusqu'à présent, il y eut autant d'insuccès que de traitemens nouveaux, tentés par d'autres célèbres praticiens, et Portat était enfin sous les soins de M. Cloquet, depuis deux mois, avec peu ou point de changement. Eh bien! je suis parvenu, *en moins de deux minutes*, à forcer ce canal, à lui faire admettre un cathéter de deux lignes de diamètre, et cela sans que le malade ait accusé de douleur, qu'il ait perdu une seule goutte de sang, et qu'il ait éprouvé la plus légère incommodité de mon opération. Il peut être envisagé comme guéri, car M. Cloquet, qui a sur-le-champ saisi la marche et la portée de mon moyen, a passé, aujourd'hui même, 1er mai, une très grosse sonde métallique, le malade urine beaucoup mieux et est plein de reconnaissance.

Je saisis cette occasion pour exprimer, au bon et spirituel chirurgien de l'hôpital clinique, ma bien vive gratitude, pour la facilité et la confiance qu'il a bien voulu m'accorder; et je prie messieurs les chirurgiens qui auraient des cas analogues à celui de Portat, ou qui voudraient s'assurer, par eux-mêmes, de l'efficacité de mes moyens, dans des circonstances *difficiles*, de vouloir bien s'adresser à moi.

Peut-être que quelques uns des commissaires de l'Institut qui auront à prononcer sur la valeur de ce Mémoire, désireront que ces opérations se fassent sous leurs yeux, afin de les apprécier bien? Je ne demande pas mieux que de me rendre à leurs désirs et, surtout, de les satisfaire. Mais, je dois l'avouer, je ne suis pas toujours aussi heureux, comme dans les deux cas ci-dessus.

II. SUR LES FONCTIONS DU NERF FACIAL ET LA PARALYSIE DE LA FACE. (Suite et fin.)

Il suffirait maintenant, de rassembler en un seul *alinéa*, tout ce qui a été exposé dans les *alinéa* précédens, pour tracer la description de l'hémiplégie faciale; mais je veux éviter l'inconvénient des redites, et je me bornerai à ajouter, ici, quelques traits à ce tableau. L'aspect de la physionomie, dans l'hémiplégie faciale, varie suivant que les muscles sont à l'état de repos, ou qu'il y a des contractions pour la parole ou le rire. Dans le premier cas, bien que les muscles non paralysés ne soient pas en état de contraction volontaire, il y a cependant défaut de symétrie de la face, et les traits sont tirés vers le côté sain. La commissure du côté paralysé est plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain; la bouche est oblique, et sa partie moyenne ne correspond plus à l'axe du corps. Si, dans cet état, le malade vient à parler, la difformité augmente; elle s'exagère encore s'il vient à rire. Ces derniers phénomènes sont faciles à expliquer; mais on conçoit moins aisément, au premier abord, comment, dans l'état de repos des muscles de la face, il y a cependant défaut de symétrie de cette région dans les cas d'hémiplégie faciale. Cela tient à ce que les muscles, alors même qu'ils ne sont pas dans l'état de contraction, ont, indépendamment de leur retrait élastique, une force de raccourcissement, qui a pour condition la communication de ces muscles avec les centres nerveux. Or, dans l'hémiplégie faciale, cette force anime les muscles du côté sain, et n'existe plus dans les muscles paralysés. De là, le défaut permanent de symétrie de la face, tant que la maladie persiste.

J'ai dit, au commencement de ce travail, que l'hémiplégie faciale, alors qu'elle existe seule, sans aucun trouble de l'intelligence et sans paralysie des membres, tenait à une affection locale du nerf et ne devait pas être considéré comme symptomatique d'une apoplexie ou d'un ramollissement du cerveau. C'est donc là une paralysie idiopathique, dans le langage de l'école; et si nous considérons que la paralysie dans les autres parties du corps, et notamment dans les membres, est presque toujours symptomatique d'une affection des centres nerveux, nous serons étonnés de voir le nerf facial placé dans une condition tout à fait exceptionnelle. Je pense que ceci peut s'expliquer par le trajet tortueux du nerf facial dans un canal osseux, l'aquéduc de Fallope, canal qui doit devenir trop étroit pour le nerf, pour peu que celui-ci éprouve quelque tuméfaction dans son névrilème, à la suite d'un refroidissement à la face.

Je viens de me montrer trop exclusif peut-être, en niant que l'hémiplégie faciale, quand elle existe seule, et dans les conditions que j'ai indiquées plus haut, fût symptôme d'une affection du cerveau; cette proposition, en effet, est de nature à heurter les convictions d'un des professeurs de clinique médicale de notre école, lequel est bien près d'attribuer le plus grand nombre des hémiplégies faciales à une hémorrhagie ou un ramollissement du cerveau. La seule

concession que je puisse lui faire sur cette matière, c'est de reconnaître que dans des cas *excessivement rares*, il a pu s'opérer dans un point de l'encéphale un épanchement ou un ramollissement assez limités, pour n'entraîner la paralysie que du nerf facial. Peut-être serais-je moins accommodant encore, si je n'avais été ébranlé par les résultats de l'ouverture du cadavre de M. Dupuytren. Notre célèbre collègue avait eu une paralysie d'un côté de la face, et l'on a trouvé les traces d'un épanchement apoplectique dans le lobe cérébral opposé. Je répète que je n'ai été qu'ébranlé par ce fait; car il m'a semblé que chez M. Dupuytren la paralysie n'avait pas été entièrement bornée à un côté de la face; or, l'hémiplégie faciale, quand elle coïncide avec la paralysie des membres, ne peut plus être regardée comme une affection bornée à la septième paire.

Je pense qu'on n'hésitera pas à se ranger à l'opinion que je soutiens ici, si l'on considère qu'il serait facile de rassembler, en peu de temps, plus de soixante observations, qui se ressembleraient en ce point; que la paralysie d'une des joues aurait été déterminée par un courant d'air froid sur cette même joue, chez des individus, offrant d'ailleurs, aussi bien après qu'avant l'accident, tous les attributs d'une bonne santé. Supposer que, dans tous ces cas, le courant d'air froid, sur la joue droite, par exemple, aurait causé un épanchement circonscrit dans le lobe gauche du cerveau, ce serait supposer une absurdité. Voilà pourtant à quoi l'on s'exposerait, si, faute de lectures, et par une présomption blâmable, on préférait l'expérience de quelques années et ses propres observations, à l'expérience des siècles et à l'observation de tout le monde. Il est bien entendu que je ne fais, ici, aucune allusion concernant l'honorable professeur de clinique médicale, dont j'ai parlé plus haut.

Je ne présenterai plus qu'une remarque sur la paralysie de la face. Quand cette affection a lieu en même temps que la paralysie des membres, par suite d'une hémorrhagie, d'un ramollissement ou d'une lésion quelconque du cerveau, elle occupe toujours le même côté que l'hémiplégie du tronc. Cela prouve que, par rapport aux mouvemens de la face, l'action du cerveau est croisée comme pour les mouvemens des membres. Cette observation a une certaine portée, sous le point de vue de la physiologie, mais elle est restée presque complètement stérile, jusqu'à ce jour. Demandez à un médecin, pourquoi le bras, la jambe et la face, du côté droit, sont paralysés, dans le cas où il existe un épanchement dans le lobe gauche du cerveau? Si ce médecin n'appartient pas à cette classe trop nombreuse qui n'a aucune donnée sur l'anatomie et les fonctions des centres nerveux, il répondra que, dans l'exemple cité, les membres droits et la face sont paralysés, parce que les cordons de la moelle s'entrecroisent au dessous des pyramides, de telle sorte que les fibres de droite vont dans le lobe gauche du cerveau et *vice versâ*. Eh bien! cette explication est défectueuse, quant à la septième paire, au moins; ce nerf ne naît pas au *dessous* de l'entrecroisement apparent, comme les nerfs des membres, mais à une bonne distance au *dessus*. Il suit de là, que la face devrait être paralysée à droite, quand les membres le sont à gauche, et *vice versâ*. Or, on sait qu'il n'en est rien. Ceci nous prouve que nous ne connaissons pas toutes les conditions de l'action croisée du cerveau. Dès le temps de mes cours particuliers, j'ai exposé cette objection à la doctrine généralement admise; je l'ai reproduite, chaque année, dans mon enseignement à la Faculté, et j'ai vu avec plaisir que cette idée avait germé dans d'autres têtes que la mienne, car des doutes analogues à ceux-ci ont été proposés dans une dissertation soutenue, il y a quelques années, dans cette faculté.

§ 3e. Envisageons, actuellement, le nerf facial dans ses rapports avec l'expression de la physionomie. Les modifications que nos divers sentimens et nos passions entraînent dans la circulation capillaire de la face, ne tiennent probablement pas à l'action du nerf de la septième paire; mais toute l'expression de la face n'est pas renfermée dans les nuances de sa coloration. Que les traits de l'homme soient épanouis par la joie, ou concentrés par la douleur; qu'ils expriment l'indignation, la surprise ou la colère, c'est toujours la contraction musculaire qui vient dessiner sur sa face, et quelquefois en dépit de lui-même, la passion qui l'agite à l'intérieur. Le nerf de la septième paire préside à ces contractions, et si on le supposait paralysé des deux côtés, les traits de l'homme aussi immobiles que ceux d'un masque, ne laisseraient rien apercevoir de ce qui se passe au dedans de lui. Dans les cas d'hémiplégie faciale, le côté paralysé, devenu étranger à l'expression, contraste d'une manière ridicule avec le côté opposé. C'est le nerf facial qui fait mouvoir les oreilles du cheval qui va mordre, et il cause aussi la rétraction des lèvres chez le carnassier qui menace et montre les dents dont ses mâchoires sont armées.

M. Bell, dans le but d'étudier l'influence du nerf de la septième paire, sur la prosopose, coupa ce nerf sur un âne. L'animal, ainsi qu'on l'a dit depuis, n'était pas trop bien choisi pour servir d'étude à l'expression de la physionomie, aussi l'expérience fut-elle répétée sur d'autres animaux. Le parent de M. Bell (M. Shaw) coupa le nerf facial sur le singe le plus expressif de la ménagerie *d'Exeter-Change*, la physionomie de cet animal devint si singulière, que personne ne pouvait le regarder sans rire. On lui trouva de la ressemblance avec un acteur anglais, depuis long-temps en possession d'égayer le public par le désaccord qui existait entre les deux côtés de sa figure; et l'on reconnut alors, que cet homme avait mis à profit, pour exciter le rire, une hémiplégie faciale incomplète, dont il avait été atteint.

L'anatomie comparée montre que dans l'échelle animale, la septième paire et l'expression faciale offrent un développement proportionnel. Il résulte des dissections de M. Shaw, que la septième paire, comparée à la cinquième, offre, chez l'homme, le développement le plus considérable. Après l'homme, le singe est le mieux partagé, sous ce rapport. Chez quelques mammifères, le nerf se concentre autour des naseaux et des lèvres, dont les mouvemens sont, pour eux, de puissans moyens d'expression. Dans le coq de combat, il anime les muscles du

bec inférieur et ceux qui redressent les plumes du cou.

§ 4e. Nous voici arrivés à un point de la physiologie du nerf de la septième paire, qui a été diversement envisagé. Je ne chercherai point à justifier le nom de *nerf respirateur de la face*, par lequel M. Bell a désigné la septième paire. Assurément ce nerf, envisagé chez l'homme, ne sert pas plus à la respiration qu'à l'expression, à la parole, au jeu des paupières, aux mouvemens des lèvres et des joues pour favoriser la mastication. Cette désignation est donc impropre et, pour ainsi dire, prétentieuse. Mais, n'a-t-on pas eu tort de comprendre dans la même critique, et la nomenclature de M. Bell et les faits dont il a si bien exposé les conditions ? Fallait-il dire que sa doctrine toute entière n'était autre chose que du *romantisme* ou une *mystification physiologique ?* Je suis loin de le penser. Je ferai bon marché de la prétendue bandelette respiratoire, dont M. Bell a voulu démontrer l'existence sur les côtés de la moelle; je ne tiens pas davantage à sa classification des nerfs; mais je lui sais gré des faits de détail dont il a enrichi la science. Il est certain que le nerf facial concourt à quelques phénomènes de respiration. Il fait contracter les muscles qui empêchent l'affaissement des narines, au moment de l'inspiration. Nous avons vu, t. II de ce journal, p. 360, l'observation de ce matelot, qui était obligé de tenir la narine gauche ouverte avec les doigts, afin de respirer librement, lorsqu'il était couché sur le côté droit. Dans les maladies qui rendent la respiration difficile, le jeu des ailes du nez est augmenté d'une manière remarquable, et ces mouvemens automatiques, joints à une expression faciale particulière, mettent déjà le médecin sur la voie du diagnostic. Plusieurs faits démontrent une connexion entre les muscles de la face et les muscles éloignés qui président aux phénomènes mécaniques de la respiration : tel est, par exemple, l'accord entre l'expression faciale et les contractions du diaphragme pendant le rire, l'éternuement, le bâillement.

L'anatomie comparée est venue encore, ici, confirmer l'influence de la septième paire sur les mouvemens respiratoires. M. Shaw a suivi les ramifications de ce nerf dans les muscles moteurs des branchies. Ce nerf se répand aussi dans la trompe de l'éléphant; et ce fut *à priori*, que M. Shaw en admit l'existence dans cette partie, où l'on n'avait décrit que des branches de la cinquième paire. Il résulterait enfin d'un rapport fait par M. Duméril, à l'Institut, sur un mémoire présenté par M. Bourjot, que chez le marsouin, la septième paire atteindrait son *summum* de développement comme *nerf respirateur*. Ce nerf, au lieu de s'étaler, comme chez l'homme, en filets nombreux qui se distribuent au front, aux paupières, au nez, aux lèvres, à la partie supérieure du cou, va se plonger, par une direction rétrograde, dans les muscles puissans qui agissent sur les poches à eau de ces cétacés, et déterminent la dilatation des évens. La section de ce nerf, si elle était pratiquée des deux côtés, déterminerait inévitablement l'asphyxie, car l'animal ne pourrait, ni attirer l'air, ni se débarrasser de l'eau qu'il a reçue dans ses poches nasales.

§ 5e. La septième paire de nerfs exerce quelque influence sur les fonctions des organes des sens; mais cette influence est bien plus restreinte et n'est pas de même nature que celle de la cinquième paire. Cette dernière, outre qu'elle entretient dans les appareils des sens la régularité du mouvement nutritif et la sensibilité tactile, paraît encore nécessaire à leur sensibilité spéciale; le rôle de la septième paire est borné à l'accomplissement de quelques phénomènes mécaniques. C'est ainsi que nous l'avons vu contribuer à la protection de l'œil et au cours des larmes par la contraction du muscle orbiculaire; diriger le pavillon de l'oreille de certains animaux vers les points d'où proviennent les ondes sonores, et mouvoir les narines dans l'action de flairer. Je montrerai, tout à l'heure, que ses autres fonctions, par rapport aux organes des sens, sont au moins problématiques.

§ 6e. J'ai rejeté, à la fin, l'examen de quelques points obscurs des fonctions de la septième paire. Commençons par son influence sur le sens de l'ouïe : On a pu penser que l'office de la septième paire, par rapport au sens de l'ouïe, n'était pas borné aux mouvemens du pavillon de l'oreille, en considérant que ce nerf a des points d'origine qui lui sont communs avec le nerf acoustique et s'anastomose avec lui, en le voyant pénétrer dans le conduit auditif interne, parcourir un long trajet dans la portion compacte du rocher qui renferme l'organe de l'ouïe, distribuer (au dire de plusieurs anatomistes) des filets aux muscles des osselets, fournir, enfin, ce singulier rameau qui, sous le nom de corde du tympan, traverse l'oreille moyenne, et dont la destination semble une énigme proposée à la sagacité des physiologistes.

Haller ne croyait pas à la communication de la portion dure avec l'acoustique; il s'exprime ainsi, à ce sujet : *Quo tamen modo, nervus durus ad integritatem conferat sensus, possis requirere, cùm nusquam cum molli trunco misceatur* (tom. V, pag. 297). Mais il est certain que le nerf acoustique, à son origine, envoie deux ou trois filets à la petite racine de la portion dure, et dès 1824, M. Swan a signalé une autre anastomose de ces nerfs dans le fond du conduit auditif. L'anatomiste que je viens de citer a avancé, sans aucune preuve, et même contre toute vraisemblance, que les vibrations sonores qui tombent sur un point quelconque de la face, sont transmises par la portion dure à la portion molle de la septième paire, au moyen de cette anastomose. Si M. Swan a voulu parler d'une transmission physique, il a méconnu les lois de l'acoustique, car le nerf possède moins que les parties dures de la face et du crâne, la propriété de transmettre les sons; s'il a voulu dire que le nerf facial conduit à l'acoustique l'*impression* qu'il a reçue par les vibrations sonores, M. Swan a doté ce nerf d'un mode de sensibilité que rien n'autorise à lui accorder. Avouons que nous ne connaissons pas l'usage de la communication, très légère d'ailleurs, qui existe entre le nerf facial et le nerf auditif.

Jusqu'à ces derniers temps, on a fait provenir du nerf facial les filets nerveux qui font contracter les muscles des osselets de l'ouïe, et ce

qui semblerait mettre ce point d'anatomie hors de toute contestation, c'est que, dans son admirable travail sur l'oreille, Sammering a figuré et ces muscles et leurs nerfs. Il suivrait de là, que le nerf de la septième paire tiendrait sous sa dépendance les mouvemens automatiques qui se passent dans la caisse du tympan. Les dissections qui ont été faites dans ces dernières années, nous commandent d'abandonner cette opinion. Il est certain, en effet, que le seul des prétendus muscles de l'oreille interne, dont la nature contractile n'ait point été niée (le muscle interne du marteau ou tenseur du tympan), reçoit le filet qui excite son raccourcissement de la troisième branche de la cinquième paire; soit du point où se trouve le petit renflement, que M. Arnold a nommé *ganglionotique*, soit du filet ptérygoïdien.

Quant à la corde du tympan, il semble qu'on ait voulu ajouter aux difficultés que son histoire physiologique présente, en élevant des doutes sur son origine. C'est ainsi qu'on a imprimé (et cela au profit d'une théorie anatomique sur les communications des ganglions entre eux), que la corde du tympan n'est autre chose que le filet supérieur du nerf vidien, qui s'accole simplement à la septième paire, dans l'aquéduc de Fallope, s'en détache pour traverser la caisse, s'accole ensuite au nerf lingual, pour l'abandonner plus loin et se jeter dans le ganglion maxillaire, faisant ainsi communiquer ce dernier ganglion avec le ganglion sphéno-palatin. S'il en était ainsi, nous n'aurions point à nous occuper ici de ce rameau nerveux, puisqu'il serait une provenance du ganglion sphéno-palatin. Mais mes dissections ne me permettent pas de partager, sous ce point de vue, l'opinion de MM. Ribes et H. Cloquet, j'ai reconnu avec Meckel, Arnold, et les anatomistes les plus exacts, qu'il est impossible de suivre le filet vidien jusqu'à la corde du tympan. Cette dernière appartient donc à la septième paire autant au moins qu'au nerf vidien. A la vérité, cela ne nous éclaire pas davantage, par rapport à son influence sur l'ouïe. On ne peut croire qu'elle contribue aux mouvemens des osselets de l'ouïe, car les filets que Caldani, Langenbeck, Bock et Hirzel disent avoir suivi jusqu'aux muscles du marteau ou de l'étrier, n'ont point été vus par d'autres anatomistes.

Quand on pensait que le nerf facial donnait le mouvement au muscle interne du marteau, on pouvait supposer que la corde du tympan, excitée par les vibrations de l'air contenu dans la caisse, transmettait cette impression au nerf dont elle provient, et que celui-ci faisait à son tour entrer en contraction le muscle tenseur de la membrane du tympan; mais ce qui a été dit plus haut doit nous faire rejeter cette hypothèse. Bref, nonobstant le trajet du rameau tympanique et du nerf facial, il est impossible de leur assigner un rôle dans l'audition. Il y a cependant des cas où des dérangemens de ce sens ont coïncidé avec la paralysie de la face; peut-être doivent-ils être attribués à ce que la même cause morbide a agi sur le nerf renfermé dans l'aquéduc de Fallope et sur l'organe de l'ouïe.

Parmi les opinions proposées sur les usages de la corde du tympan, il en est encore que je dois faire connaître. M. Bell a pensé que ce rameau donnait le mouvement au voile du palais; mais assurément il n'en est rien, car il n'envoie aucun filet à cette partie. L'opinion de M. Bellingeri ne me paraît pas plus admissible. Jusqu'à cet auteur, les physiologistes qui s'étaient occupés de rechercher quel est le nerf spécial du goût, n'avaient établi le débat que entre trois nerfs; savoir : le lingual, le glosso-pharyngien et l'hypoglosse, M. Bellingeri se fondant sur ce que la corde du tympan se réunit au nerf lingual, professe qu'elle a pour fonction de transmettre l'impression des saveurs; il en fait, en un mot, le nerf spécial du goût. Mais la corde du tympan est trop peu volumineuse pour remplir cette fonction; et d'ailleurs, une partie de ce nerf abandonne le lingual pour se jeter dans le ganglion maxillaire. Je ne soutiens pas toutefois que la corde du tympan soit absolument sans influence sur la sensibilité de la langue. M. Montault rapporte trois cas d'hémiplégie faciale où le goût était, sinon aboli, au moins perverti, dans le côté correspondant de la langue. M. le professeur Roux, qui a éprouvé, il y a quelques années, une hémiplégie faciale, m'a dit que la sensibilité de la langue avait éprouvé quelque altération.

Ces faits paraissent en opposition complète avec la doctrine que j'ai professée au commencement de cet article; savoir : que la septième paire est un nerf de mouvement et non de sentiment; mais je m'en suis rendu compte, en admettant que le nerf tympanique, branche du facial, est renforcé par le nerf vidien, branche de la cinquième paire, et à ce titre nerf de sentiment. L'opinion que je professe ici, a pour moi un caractère de certitude, tant l'analogie parle haut en sa faveur. Ainsi, de même que nous avons vu : 1° les branches du facial qui couvrent la face, s'adjoindre des filets du sentiment, provenant de la cinquième paire; 2° les branches postérieures du même nerf (le facial), s'adjoindre aussi des filets de sentiment, provenant des paires cervicales : de même, nous voyons le nerf tympanique se renforcer du filet vidien, autre rameau de la cinquième paire et nerf de sentiment. Ou je me trompe, ou je viens de signaler le but final de l'anastomose du nerf vidien avec le nerf facial, dans l'aquéduc de Fallope. Quelques faits tendent à faire croire que des douleurs névralgiques auraient parcouru la corde du tympan; cela est rendu vraisemblable par ce qu'on vient de lire. Breeting, cité par Gaedechens, cite des cas où les douleurs n'étaient pas bornées aux rameaux nerveux superficiels de la face, mais s'étendaient aux *rameaux profonds du tri-facial*, et à l'oreille. Haighton rapporte deux faits plus concluans, car, non seulement la douleur pénétrait dans l'oreille, mais elle s'étendait de là jusque sur les côtés de la langue.

La connaissance des usages de quelques anastomoses du facial, de sa jonction, par exemple, avec le nerf glosso-pharyngien, doit être mise au nombre des *desiderata* qu'offre la physiologie de ce nerf. Quant aux rameaux qui vont à quelques uns des muscles qui naissent de l'apophyse styloïde, ils donnent le mouvement à ces muscles, et c'est pour cela qu'on a vu quelquefois la langue déviée dans le cas

d'hémiplégie faciale. J'ai constaté une fois cette particularité, qui s'est présentée à d'autres observateurs.

BÉRARD aîné,

Professeur de physiologie à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital St-Antoine.

III. OUVERTURE ACCIDENTELLE DES ARCADES PALMAIRES SUPERFICIELLE ET PROFONDE; GUÉRISON PARFAITE, PAR LA COMPRESSION, A L'AIDE D'UNE PINCE A VIS.

Dans la livraison septième de votre *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, première année, pages 210 et 269, il est fait mention de blessures de l'artère radiale, guéries par la compression; d'autres, par la ligature et la compression simultanées. On y rappelle les accidens qui peuvent naître de la blessure des arcades palmaires superficielle et profonde; et on y indique deux cas d'ouverture de cette dernière, qui ont nécessité la ligature des deux artères principales qui se rendent à la main. D'autrefois, dit-on encore, il a fallu, en pareilles circonstances, recourir à l'amputation, pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

Un moyen de compression qui rendrait inutile la ligature, mais surtout l'amputation, serait, je crois, un grand bien pour la science et l'humanité. Deux faits de blessures des arcades palmaires superficielle et profonde qui me sont particuliers, m'autorisent à penser que ce moyen n'est pas impossible à trouver.

Voici ces faits:

En 1817, un jeune homme, nommé Mouchire, s'ouvrit l'arcade superficielle de la main droite, en essayant de partager une noix, à l'aide d'un couteau. Hémorrhagie violente aussitôt. M. Duplan, chirurgien major, de beaucoup de mérite, retiré depuis peu de l'armée, fut appelé pour y remédier. Il mit en usage la compression ordinaire, avec les compresses graduées et une bande bien serrée; et en même temps, tous les accessoires, comme le repos, la diète, etc., etc. Rien ne bougea pendant trois ou quatre jours, au bout desquels, soit que la bande se fût naturellement relâchée, soit que le malade eût fait quelque mouvement inopportun, l'hémorrhagie se renouvela, et fut assez forte pour donner de l'inquiétude. Nouvelle compression, qui éprouva le même sort, à très peu de jours de là, et pour les mêmes raisons sans doute. Il en fut ainsi d'une troisième, d'une quatrième, d'une cinquième, etc., et la perte de sang était si considérable, chaque fois, que le jeune homme fut bientôt à ce point de désespérer de sa conservation, si on n'en venait à un moyen promptement efficace. On pensa à l'amputation, pour laquelle tout fut disposé; mais avant de s'y résoudre, on appela M. Grassas, chirurgien major de la légion du Cantal, alors en garnison à Tarbes, et moi, pour avoir à donner notre avis, en cette grave circonstance. Après avoir recueilli ce que je viens de raconter, et quoique le sujet fût dans un état presque complet d'anémie, il me parut cependant, par sa jeunesse et sa bonne constitution, de nature à se rétablir promptement, si, par une compression moins étendue, plus localisée, et son action portant tout entière sur la partie blessée de l'artère, et si, maintenue surtout, à l'aide d'un instrument, non susceptible de céder, on parvenait à se rendre maître de l'hémorrhagie, pendant six ou huit jours, temps présumé nécessaire alors, pour la parfaite oblitération de l'artère. Je crus avoir trouvé ce moyen, que je fis connaître aussitôt, et il obtint l'assentiment de tous les médecins consultans, au nombre de quatre ou cinq; le voici:

Je fis faire une pince en fer trempé, que je ne puis mieux comparer, pour la forme, qu'à une de ces doubles cuillers avec lesquelles on prend le sucre; seulement, les deux extrémités libres de ses deux branches, étaient terminées par deux plaques, parfaitement planes, se correspondant exactement, et ayant, à peu près, la grandeur et la force, chacune, d'une pièce de deux francs. A la distance de deux pouces, environ, de l'extrémité faisant ressort, était une tige, à pas de vis, solidement fixée à l'une des branches, et qui traversait l'autre, par un trou pratiqué à dessein, et assez grand pour permettre aux deux branches un mouvement facile de rapprochement et d'écartement; enfin, un écrou à l'extrémité libre de la tige, et en dehors de la branche trouée, ce qui donnait la faculté de rapprocher autant que de besoin et avec toute la force désirable, les deux plaques, l'une contre l'autre. L'instrument, ainsi confectionné, son application devenait facile; voici comme: deux rondelles d'agaric, un peu moins larges que les plaques de la pince, appliquées immédiatement sur la blessure, et surmontées d'une petite compresse graduée, et d'une épaisseur relative à la profondeur de la face palmaire; la plaque de la branche trouée est posée, juste, sur ces trois petites pièces d'appareil; conséquemment, la seconde plaque se trouve sur la partie dorsale de la main, diamétralement opposée à la blessure, et qu'on a eu soin de garnir d'une compresse, à plusieurs doubles, pour garantir les tégumens d'une empreinte fâcheuse. Le tout, ainsi disposé, l'écrou fut serré autant que nécessaire. La main supportée dans une écharpe, il n'y eut plus d'hémorrhagie, et la guérison fut complète au bout de huit jours. M. Mouchire est huissier, et s'est toujours, depuis, servi de sa main, comme s'il n'y avait jamais éprouvé d'accident.

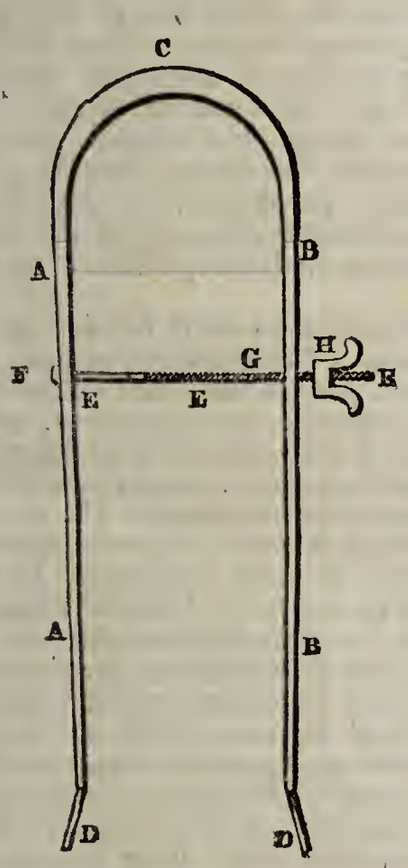
Deuxième fait. — En 1824, deux marchands de la Basse-Bretagne, étaient venus dans les Hautes-Pyrénées, pour y faire le négoce de toiles. En faisant des ballots, l'un d'eux se blessa à la main gauche. A la sortie impétueuse du sang, à la couleur d'un rouge vif, et à la situation de la plaie, il était facile d'annoncer l'ouverture de l'arcade palmaire profonde. L'instrument que j'avais fait faire, pour le premier blessé, n'étant pas resté à ma disposition, je fis une compression, à l'aide de moyens ordinaires, maintenus par une bande longue et bien serrée. Deux jours se passèrent sans nul dérangement; mais le troisième, l'hémorrhagie reparut, la bande ayant, sans doute, cessé de comprimer suffisamment. Je rétablis, momentanément, la même compression, et pour ne pas exposer le blessé, au retour d'accidens qui

auraient pu compromettre son existence, je fis confectionner un instrument semblable à celui que j'ai décrit plus haut. Je l'appliquai, comme précédemment; et pour m'assurer de son action, je visitai le malade pendant cinq jours consécutifs. Le sixième, le blessé se rendit chez moi, pour me demander s'il ne serait pas à propos de le débarrasser de l'appareil, qu'il se croyait guéri, puisque le sang n'avait pas reparu depuis le dernier pansement. Ne suspectant nullement ses intentions, je lui répondis, de la meilleure foi du monde, que comme lui, je pensais qu'il était guéri; mais que pour plus de certitude, il convenait de le supporter encore deux ou trois jours, et que l'on pourrait alors l'en délivrer sans aucun danger. Satisfait de ma réponse, et sachant désormais ce qu'il avait à faire, le bas-breton partit le même jour pour son pays, emportant mon instrument, et se dégageant ainst de toute gratitude. Dix-huit mois plus tard, son camarade, revenu dans nos contrées pour l'objet de son commerce, m'apprit que la guérison s'était opérée sans le moindre accident.

Telles sont les observations que j'ai cru utile de vous transmettre; si, comme moi, vous les jugez digne de quelque intérêt, mais dans ce cas seulement, vous leur donnerez de la publicité, en leur donnant une place dans votre journal.

J'ai cru utile, pour l'intelligence des lecteurs, de donner le dessin de l'instrument.

GALIAS, D.-M.,
A Tarbes (Hautes-Pyrénées).



A, A. Branche mâle.

B, B. Branche femelle.

C. Extrémité faisant ressort.

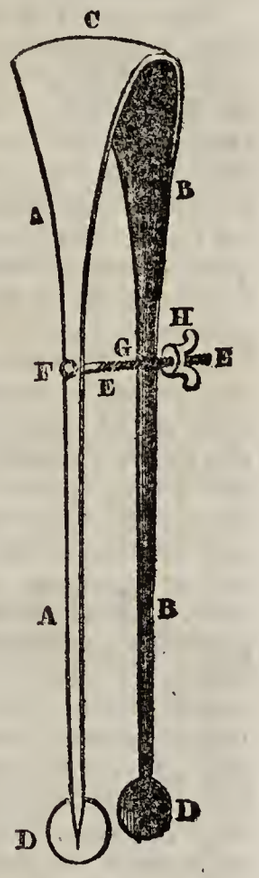
D, D. Palettes ou plaques.

E, E, E. Tige à pas de vis.

F. Point fixe de la tige.

G. Passage de la tige dans la branche femelle.

H. Écrou à oreilles.



IV. DE L'ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX DES MEMBRES ET DE SON TRAITEMENT PAR LA COMPRESSION.

Je ne m'occuperai ici que de l'érysipèle phlegmoneux des membres, parce que la compression est difficile à employer dans les autres parties, parce qu'une compression mal faite est plutôt nuisible qu'utile, et aussi parce que je n'ai observé son emploi que dans ce cas.

L'érysipèle phlegmoneux est une maladie qui consiste dans l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mais inflammation qui n'est pas bornée, circonscrite, comme dans le phlegmon, et qui se termine au contraire vaguement, comme dans l'érysipèle simple.

Les causes de l'érysipèle phlegmoneux sont peu connues: on a remarqué qu'il se manifestait le plus souvent au printemps et en automne. On l'attribue à l'usage des substances irritantes, comme les viandes putréfiées, les mets trop épicés, les poissons gâtés, les liqueurs spiritueuses; il se manifeste souvent à la suite de brûlures, de contusions, de piqûres, et des opérations même les plus légères: dans ce cas, on l'a appelé de cause externe, par opposition à celui auquel on ne reconnaît aucune cause venant du dehors, et que l'on a nommé de cause interne. Néanmoins, dans l'érysipèle de cause externe, il a fallu admettre une cause prédisposante inconnue; car il ne se manifeste jamais chez un assez grand nombre d'individus, tandis que d'autres personnes en sont atteintes à l'occasion des moindres plaies ou contusions.

Il existe un érysipèle phlegmoneux occasioné par le froid, que l'on a nommé engelures, et qui se remarque chez les individus lymphatiques, mais dont je ne dois pas m'occuper ici.

L'érysipèle phlegmoneux se manifeste par de la rougeur, de la sensibilité, et un léger gonflement, commençant aux bords de la lésion dans l'érysipèle de cause externe, et en un point

quelconque de la partie qui doit en être le siége dans celui de cause interne. Quelquefois cependant ces symptômes ont lieu dans une grande étendue en même temps dès le principe. Cette rougeur et ce gonflement s'étendent, et la sensibilité première devient très vive. L'érysipèle, en se limitant, peut se borner à une étendue peu considérable ; dans ce cas, la maladie est peu grave ; elle peut se terminer par résolution au bout de cinq ou six jours, mais c'est encore très rare : ordinairement la peau devient moins rouge sans que le gonflement diminue ; on peut sentir de l'empâtement dans la partie, et il se forme une ou plusieurs collections purulentes qui contiennent un pus de bonne nature, qui, à sa sortie, entraîne avec lui quelques petits lambeaux de tissu cellulaire ; et le plus souvent des abcès se cicatrisent au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais quand la maladie occupe un grand espace, la gravité n'en est plus la même : dans le premier cas, la fièvre était peu vive ; ici le pouls est dur et très fréquent, la langue est souvent rouge sur ses bords et à sa pointe, blanche dans le reste de son étendue ; il y a quelquefois du délire ; les abcès sont très nombreux, et, si on ne les ouvre pas de bonne heure, ils s'étendent continuellement, forment des clapiers ; s'ouvrent d'eux-mêmes, donnent issue à une grande quantité de pus mêlé de grands lambeaux de tissu cellulaire ; la peau, décollée dans une grande étendue, ne peut plus se recoller, et le malade meurt par suite de la résorption du pus ou de l'inflammation des veines, ou épuisé par la suppuration. Quand les abcès ont été ouverts sitôt après leur formation, quelquefois la suppuration se limite à ces points, et on peut sauver quelques malades, ce qui est encore rare. Une autre terminaison est celle par gangrène : la peau devient brunâtre, perd sa sensibilité, et forme des escarres plus ou moins considérables, qui se séparent avec le tissu cellulaire sous-jacent. Cette terminaison est la plus grave ; elle est presque constamment mortelle : cependant on est parvenu à sauver quelques malades. Il se forme alors des cicatrices là où la peau s'est séparée, si la disposition des parties les rend possibles.

Cette maladie est, comme on le voit, très grave ; ici, comme dans toutes les maladies, les indications varient suivant le moment où l'on est appelé à donner ses soins. Si l'on est appelé avant que la suppuration soit établie, on ne doit rien négliger pour l'éviter ; car elle a toujours de grands inconvéniens et est bien plus souvent mortelle. C'est aussi sur ce point intéressant que je dois m'étendre, car c'est là le principal but de ma thèse.

Quels sont les moyens que l'on oppose ordinairement à cet état ? Ce sont la saignée générale, les applications de sangsues plus ou moins répétées, les émolliens, les bains locaux, la diète, c'est-à-dire le traitement ordinaire de toutes les inflammations.

Mais, de même qu'on ne le voit pas réussir également dans toutes les maladies qui présentent ce caractère, ici il ne réussit non plus que rarement : c'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord ; opinion assez motivée par le grand nombre de malades que l'on voit être enlevés par des érysipèles phlegmoneux survenus à la suite d'opérations, quoiqu'on ait pu s'opposer à leur développement dès le principe. Pour moi, je n'ai observé dans les hôpitaux que quatre fois cette maladie ainsi traitée. Deux fois on ne put accorder aucun effet avantageux à ce traitement, car la maladie n'en reçut aucun amendement. Dans l'un de ces cas, des abcès nombreux se formèrent dans toute l'étendue du bras et de l'avant-bras, et quoique l'on prît soin de les ouvrir aussitôt leur formation, le malade mourut néanmoins par suite de la résorption du pus ou de l'inflammation des veines.

Dans le second cas, un lambeau de peau énorme tomba en gangrène ; et c'était un spectacle hideux que cette cuisse, dont la moitié était privée de peau. J'ai suivi ce malade pendant quatre mois. A cette époque il y avait plusieurs points de cicatrisation qui promettaient de se réunir bientôt, et de donner lieu à une guérison long-temps inespérée. Dans les deux autres cas, le traitement peut être considéré comme ayant été utile ; car la diminution de l'intensité des symptômes coïncida avec son emploi. Cependant il se forma, dans l'un d'eux, trois collections purulentes, et dans l'autre quatre, auxquelles on donna issue par autant d'incisions, et les malades guérirent au bout d'un mois.

J'ai dit que, dans les deux derniers cas, le traitement pouvait être considéré comme ayant été avantageux. Mais en accordant qu'il ait contribué à la diminution des symptômes, on voit qu'il a cependant été insuffisant pour déterminer la résolution de la maladie. Aussi a-t-on cherché d'autres moyens de traitement. Un de ceux qu'on a conseillés consiste à faire de nombreuses incisions sur la partie enflammée. Je crois que c'est un bon moyen de détruire l'engorgement ; et si je considère les bons effets que l'on retire de l'incision dans d'autres inflammations, et les avantages qu'on dit en avoir obtenus dans le cas présent, je me sens porté en sa faveur ; mais on avouera que ce moyen a quelque chose de cruel, qui empêchera plusieurs médecins timides de l'employer, et encore plus de malades, que l'idée du bistouri effraie toujours, de s'y soumettre, par l'espérance de réussir par des moyens plus doux.

On a aussi conseillé la position élevée du membre. La position élevée d'une partie ralentit le cours du sang artériel, accélère celui du sang veineux, et par là augmente l'absorption. Aussi je ne doute pas de la bonté de ce précepte ; mais est-il suffisant pour déterminer la résolution de la maladie ? Je n'en sais rien, et, pour le croire, il me faudrait quelques faits concluans.

Tels sont, je crois, les moyens à l'aide desquels la plupart des médecins cherchent à obtenir la résolution de cette maladie. Cependant j'ai trouvé dans la *Gazette médicale* (année 1833) l'analyse d'un mémoire dans lequel l'auteur, après avoir cité plusieurs cas d'érysipèle phlegmoneux par lui observés, et qui avaient déterminé la mort, conseille l'emploi de la saignée continue, au moyen de sangsues appliquées sur la partie malade. Je ne sais quelle confiance mérite ce moyen ; quant à moi je n'y ai foi aucune, car j'ai lu un assez grand nombre d'obser-

vations dans lesquelles on voit que des applications de sangsues fréquemment répétées n'ont pu déterminer la résolution de la maladie ; et je ne vois pas l'avantage de la saignée continue, si ce n'est de ne pas pouvoir être continuée aussi long-temps, car elle affaiblirait bien vite le malade.

Tous ces moyens tendent, je n'en doute pas, à diminuer l'inflammation ; mais je les crois insuffisans pour en déterminer la résolution. Heureusement que nous possédons, pour parvenir à ce but, un moyen dont la puissance est bien autrement démontrée. Je veux parler de la compression.

Théden est le premier qui ait employé ce moyen contre l'érysipèle phlegmoneux. Les deux observations qu'il rapporte sont remarquables par la promptitude avec laquelle il obtint la résolution de la maladie. Cependant personne n'en avait profité ; et ce ne fut, comme cela arrive souvent, qu'après qu'on en eut retiré d'heureux effets qu'on s'aperçut qu'il les avait déjà annoncés. M. Bretonneau est celui à qui l'on doit d'avoir retrouvé ce mode de traitement appliqué à la maladie qui nous occupe. Il y fut conduit par analogie, cette route lente, il est vrai, mais qui est la plus sûre, et dont on doit craindre de s'écarter dans ses recherches thérapeutiques.

Consterné par deux cas d'érysipèle phlegmoneux qui avaient occasioné la mort, et dont l'un d'eux surtout ne devait pas faire craindre ce malheureux résultat, il crut qu'il ne devait pas s'arrêter au traitement conseillé jusque-là, et résolut d'en essayer un autre. Il avait remarqué, pendant des expériences chimiques, qu'en exerçant une compression légère sur des brûlures produites par des acides, il était parvenu à calmer la douleur et à éviter l'inflammation qui en est la suite. Affecté plus tard d'une brûlure très étendue produite par de l'eau bouillante qu'il avait renversée sur lui, et ne pouvant calmer la douleur qui le tourmentait, il essaya la compression, et réussit au delà de ses espérances.

Plus tard, il l'employa encore dans des brûlures au second et au troisième degré, avant ou après l'inflammation, et parvint toujours à l'éviter ou à la résoudre, et à dissiper la douleur. Il en cite plusieurs observations dans la thèse qu'il soutint en 1815 : elles sont très remarquables.

C'est ce moyen qu'il résolut d'employer. L'occasion se présente : il réussit, et déclare dans sa thèse que la compression, convenablement exercée, est le moyen le plus propre et le plus sûr de prévenir ou de borner l'érysipèle phlegmoneux.

Ce que M. Bretonneau disait alors, il en avait la ferme conviction ; il avait suivi les malades, il était convaincu que le traitement qu'il avait précédemment employé ne devait pas réussir : ici il avait obtenu un succès pour ainsi dire inespéré ; aussi, lisez sa thèse, et vous verrez les exclamations, les cris de joie avec lesquels il en parle. Mais il ne présentait que trois observations, pas toutes également concluantes ; aussi sa proposition fut-elle mal reçue par les examinateurs ; il ne pouvait en être autrement. Ces faits suffisaient tout au plus, à celui qui ne les avait pas observés, pour essayer ce mode de traitement, mais ne pouvaient le conduire à en affirmer l'excellence. Mais depuis il s'est écoulé vingt ans ; depuis une masse de faits considérable est venue confirmer les résultats de M. Bretonneau, et aujourd'hui l'on peut de plus affirmer que la compression, convenablement employée, est le moyen le plus sûr d'obtenir la résolution de l'érysipèle phlegmoneux.

M. Velpeau, qui avait observé les heureux effets que son compatriote en retirait, l'employa toutes les fois qu'il en trouva l'occasion ; et en 1826 il se trouvait posséder une masse de faits assez considérable pour publier vingt nouvelles observations choisies parmi beaucoup d'autres. Ces observations ont été recueillies à l'hôpital de la Faculté, où M. Velpeau n'était pas chargé d'un service en chef. Ce n'était pas lui, par conséquent, qui ordonnait le traitement ; et le chirurgien en chef, ne partageant pas sa confiance dans la compression, ne lui abandonnait ordinairement le traitement que lorsque les moyens ordinaires n'avaient pas réussi. Aussi les observations qu'il rapporte présentent-elles un double intérêt : d'un côté on voit que par la saignée, les sangsues et les cataplasmes, on n'a pu obtenir la résolution de la maladie ; de l'autre, on voit la compression guérir en peu de jours ces affections rebelles jusque-là. M. Bretonneau demandait, dans sa thèse, si la compression réussirait également dans l'érysipèle phlegmoneux de cause interne : le mémoire de M. Velpeau répond affirmativement. Pour moi, j'ai observé six fois cette maladie à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de ce chirurgien, et six fois j'ai vu obtenir la guérison en peu de jours ; je me contenterai de donner trois de ces observations.

1re *Observation.* — La femme Tronché, âgée de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital de la Pitié, le 18 mai ; elle se plaint de violentes douleurs dans le bras droit. En effet, on trouve ce bras d'un volume considérable ; la peau est rouge, tendue et très sensible à la pression ; le moindre mouvement est très douloureux ; le gonflement occupe la main, l'avant-bras et une partie du bras ; elle croit que cette maladie lui est survenue par suite de la fatigue que lui occasionne son état, qui est de faire tourner une roue. Elle dit que le 14 elle a commencé à éprouver de la douleur accompagnée de rougeur et de gonflement ; elle avait cru que ce mal disparaîtrait au moyen de dix sangsues qu'elle y avait appliquées, et de compresses imbibées d'eau de guimauve. Elle était venue à l'hôpital, voyant que le mal augmentait au lieu de diminuer. Le pouls est fréquent, la langue un peu rouge. M. Velpeau ordonne de couvrir le membre de compresses, et d'appliquer un gantelet et un bandage roulé qui doit couvrir la main, l'avant-bras et le bras ; on doit arroser le membre de temps en temps. Le lendemain, 19, elle dit que les douleurs avaient beaucoup diminué quelque temps après l'application du bandage, et qu'elle souffre infiniment moins que la veille, ce dont il est facile de s'apercevoir ; car, en pressant le membre, la malade n'accuse plus la même douleur. Le bandage est réappliqué. Le 20, la malade continue à se mieux porter ; le pouls est presque naturel.

Le bandage n'est pas défait. Le 21, la malade se dit bien, elle demande à manger. Le bandage est relâché : on ne trouve plus que quelques points un peu rouges. On remet de nouveau le bandage, que l'on retire au bout de deux jours, époque à laquelle la malade est parfaitement guérie.

IIe *Observation.* —Vallier, âgée de quarante ans, entra à l'hôpital de la Pitié, le 5 juin, pour un érysipèle phlegmoneux qui occupait la jambe et une partie de la cuisse gauche. Cette femme se porte habituellement bien; on ne trouve aucune cause à laquelle rattacher la maladie, aucune fatigue, aucun travail excessif. La maladie avait commencé le premier juin. Elle avait cru que le repos la ferait disparaître. Le membre est enflé, plus rouge dans quelques points que dans les autres. La plus légère pression, le moindre mouvement sont très douloureux; la douleur est lancinante dans quelques points. M. Velpeau craignit qu'il ne commençât déjà à se former du pus; néanmoins il fit appliquer des compresses et un bandage roulé, comprenant le pied, la jambe et une partie de la cuisse, jusqu'au delà du gonflement. Le lendemain, 7, le bandage était dérangé, et la malade dit souffrir beaucoup dans un point où un tour de bande avait recouvert le précédent. On trouve, en effet, cette partie plus rouge que le reste. Le gonflement et la rougeur ont beaucoup diminué dans les autres points. On ne trouve point de collections purulentes. Le bandage est réappliqué; et, trois jours après, la maladie a entièrement disparu. Cependant on continue encore l'application du bandage pendant deux jours.

IIIe *Observation.* — Toulot, femme de la halle, âgée de quarante-cinq ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entre à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril, pour un érysipèle phlegmoneux situé à la jambe droite. On ne reconnaît aucune cause à la maladie; elle s'est déclarée, comme dans les cas précédens, par de la rougeur, de la douleur suivie de gonflement, symptômes qui ont commencé à se manifester le 8. Elle occupe le pied et la presque totalité de la jambe. La peau est plus rouge et plus tendue en certains points. M. Velpeau pense qu'il y a déjà de la suppuration. Néanmoins, comme il ne reconnaît pas de collection purulente, il ordonne de faire la compression dans la forme ordinaire, c'est-à-dire de mettre des compresses et d'appliquer le bandage roulé depuis l'extrémité du pied jusqu'au genou, et d'arroser le membre avec une liqueur résolutive. Le lendemain, la peau est devenue mince dans un point où en la pressant on fait sortir une goutte de pus. Le gonflement et la rougeur ont beaucoup diminué. Le 18, la maladie a presque entièrement disparu. Le 19, il n'y a plus la moindre trace d'inflammation, et on ne continue plus le bandage pendant quelques jours que par précaution.

Je ne cite pas les autres observations, car, à quelques petits détails près, elles ressemblent aux précédentes, et il y en a déjà trop de publiées pour qu'elles puissent avoir quelque intérêt; elles suffisent, du reste, pour prouver les avantages de la compression. Je ne crois pas qu'on puisse les comparer à ceux qu'on obtient au moyen des sangsues et des cataplasmes. Pour le montrer d'une manière patente, je vais citer une des observations que M. Velpeau a publiées dans son mémoire, dans laquelle la maladie présente une assez grande ressemblance avec la dernière observation que je viens de rapporter, pour que l'on puisse juger de la différence des résultats que l'on obtient par les deux modes de traitement.

Une femme de quarante-cinq ans, replète, très grasse, vive et active cependant, brodeuse, jouissant d'une bonne santé, ressentit d'assez vives douleurs dans la jambe droite au printemps de 1825. Ces douleurs furent bientôt suivies de gonflement et de rougeur. Pendant quinze jours, cette femme garda le repos, fit usage de cataplasmes émolliens, et mit quarante sangsues, en trois fois, sur la partie malade; enfin elle prit le parti de venir à l'hôpital. Le volume de la jambe était augmenté du double. La rougeur s'étendait depuis le coude-pied jusqu'au mollet. Les douleurs étaient lancinantes et fortes, surtout au moindre mouvement. Il y avait beaucoup de rénitence, et point d'empâtement. L'état général était bon. Les cataplasmes et le repos ont été continués pendant six semaines. Deux cent vingt sangsues avaient été appliquées au bout de ce temps. La jambe était dans le même état que le premier jour. Cependant on avait aussi mis en usage les eaux de Sedliz et de Seltz, et différens purgatifs. Enfin la compression, qu'on n'avait pas cru devoir nous laisser employer avant d'avoir épuisé les autres ressources de la thérapeutique, remplace tous ces moyens, et, huit jours après, la malade est parfaitement guérie.

J'eus pu tout aussi bien rapporter presque toutes les observations de ce mémoire, et elles nous eussent presque toutes offert le même résultat. En effet, dans toutes celles qu'on y trouve où les saignées, les sangsues et les cataplasmes ont été employés, on voit que quelquefois la maladie a été arrêtée dans sa marche comme dans celle que je viens de citer; que, dans quelques autres, l'intensité des symptômes a diminué; et qu'enfin, dans plusieurs autres, la maladie a continué à faire des progrès, en s'accompagnant de symptômes de plus en plus graves; et qu'enfin dans toutes on n'est parvenu à obtenir la résolution des maladies que par la compression, ce qui a toujours eu lieu en peu de jours.

Les observations que j'ai citées sont peu nombreuses; mais je crois qu'elles peuvent suffire pour dissiper les craintes que pourrait inspirer à quelques personnes l'emploi de la compression. Ceux qui voudraient en consulter un plus grand nombre pourront lire les deux mémoires que M. Velpeau a publiés dans les *Archives de médecine*, année 1826; ils y trouveront les observations de M. Bretonneau et celles de Théden; ils en trouveront aussi un grand nombre dans la *Gazette médicale* et le *Bulletin thérapeutique*. Je puis aussi dire ici que, depuis la publication de son mémoire, M. Velpeau a continué l'emploi de ce moyen toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, et que sa confiance n'a fait que se confirmer.

Je crois m'être suffisamment étendu sur les résultats obtenus au moyen de la compression, pour prouver que la proposition que j'ai émise

relativement à ce mode de traitement s'appuie sur des bases solides.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des cas où l'on était appelé à donner ses soins aux malades avant que la suppuration dût s'établir. Je vais maintenant m'occuper de cette seconde période de la maladie. Ici les indications sont différentes, suivant l'état de la suppuration. Si l'on soupçonne son existence en quelque point, si même on en a la certitude, mais que le pus ne se soit pas encore réuni en collection, il me semble que l'on doit employer la compression comme si la suppuration n'avait pas lieu.

Cette proposition peut paraître bien hardie; cependant on peut voir dans la troisième observation que j'ai citée, et dans une de celles du mémoire de M. Velpeau, que cet état n'a retardé en aucune manière la disparition de la maladie. Je sais que l'on peut craindre les effets de l'absorption du pus; mais on remarquera que le pus n'est pas ici rassemblé en foyer, qu'il est de nouvelle formation, qu'il n'a pas été vicié par le contact de l'air, et qu'il est en petite quantité. Or, je crois qu'en ces circonstances l'absorption du pus ne présente aucun danger. Tous les jours ne voit-on pas des malades conserver long-temps un abcès par congestion, sans que l'économie en soit troublée? et cependant il est évident qu'il y a du pus d'absorbé; ce n'est qu'après une absorption long-temps continuée que les accidens se manifestent.

Si, au contraire, il y a des collections purulentes, je crois qu'on ne peut trop se hâter de leur donner issue à l'extérieur au moyen des incisions: on couvrira le membre de cataplasmes. Si, au contraire, des lambeaux de peau sont séparés du membre malade, on pansera cette partie avec un linge fenêtré enduit de cérat, que l'on recouvrira d'un plumasseau de charpie; pansement que l'on modifiera selon les circonstances. On tâchera surtout d'éviter l'absorption du pus; on relèvera les forces du malade, s'il en a besoin.

Si l'on me demande comment agit la compression, je puis répondre qu'un médecin emploie tous les jours des médicamens dont il ne connaît pas le mode d'action, et qu'il le fait cependant avec confiance, parce qu'il sait, par expérience, que dans certaines circonstances données ce mode de traitement réussit. Ici je puis dire aussi: Voyez les faits, ils proclament les avantages de la compression. Pourquoi ne l'emploieriez-vous pas (1)?

P.-F. Le Guen Kerneison, *de Brest.*

V. MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE RADICALE DES VARICES, ET SPÉCIALEMENT DU CIRSOCÈLE ET DU VARICOCÈLE.

On a peu écrit sur le cirsocèle et le varicocèle, et ces deux maladies sont peut-être celles dont les chirurgiens se sont le moins occupés; toutefois elles ont été mentionnées par beaucoup d'auteurs. Quelques uns en ont donné des descriptions assez bien faites; mais ils ne s'occupent point de la cure radicale de ces maladies, qu'ils regardent comme impossible. D'autres proposent pour cette guérison des moyens si violens et si peu praticables, qu'ils ont dû nécessairement tomber dans l'oubli.

Nous devons faire toutefois une exception honorable en faveur de Murray et de Most, mais surtout de Delpech et de M. Breschet, qui se sont occupés des varices du testicule et du cordon, avec le zèle le plus louable.

C'est une de ces bizarreries scientifiques, presque inexplicable, que l'on ait si peu étudié les maladies des veines, quand on a fait sur la pathologie des artères, des recherches si multipliées et si minutieuses! Peut-être pour ce qui a rapport au varicocèle et au cirsocèle, faut-il attribuer cet oubli au peu d'importance que l'on a ajoutée d'abord à ces deux maladies, que l'on a considéré plutôt comme de simples incommodités que comme des maladies réelles.

Mais une étude approfondie des faits relatifs au cirsocèle et au varicocèle, est venue démontrer que ces deux maladies pouvaient se présenter avec des circonstances très graves; que dans tous les cas, les varices du testicule et du cordon étaient douloureuses après la marche et après la plus légère fatigue; que quelquefois la tumeur variqueuse acquérait un volume très considérable, donnait lieu à des douleurs insupportables, et réduisait le malade à rester dans un repos presque absolu. M. Breschet cite même le fait d'un médecin célèbre de l'Allemagne, qui a succombé aux douleurs produites par une énorme tumeur variqueuse du testicule et du cordon. L'observation a encore constaté que l'existence du cirsocèle et du varicocèle entraînait toujours l'atrophie et puis la disparition complète du testicule.

Pott en cite trois exemples remarquables que je crois important de rapporter ici, pour que le fait de l'atrophie et de la disparition du testicule, à la suite du cirsocèle et du varicocèle, soit bien établi.

1re *Observation.*—«Un jeune homme qui voyageait, se trouva un soir plus fatigué qu'à l'ordinaire; et aussitôt qu'il se fut mis dans son lit, il fut attaqué d'une douleur violente dans le dos, qui, pour me servir de ses expressions, *s'élança jusque dans son testicule.*

«Cette douleur était si vive, qu'il fut obligé d'envoyer aussitôt chercher quelqu'un, qui le saigna largement. Ce remède ne lui procura aucun soulagement. Cependant la douleur n'était encore accompagnée d'aucune tumeur du scrotum ou du testicule, et on ne remarquait rien à l'extérieur des parties affectées.

« La douleur continua, sans relâche, tout le jour suivant. Il fut encore saigné; on lui donna un lavement, et il prit un léger purgatif.

« Le troisième jour, vers le soir, la douleur le quitta totalement, et l'on aperçut à l'aine une enflure qui s'étendait en bas vers le testicule; et elle l'incommoda tellement, que voyant que l'apothicaire qui le saignait ne paraissait pas en bien distinguer la nature, il monta dans une chaise de poste et revint à Londres.

« Le voyage occasiona le retour de la douleur

(1) Extrait d'une thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mars 1835.

mais avec la saignée, le lit, le repos, un cataplasme émollient appliqué sur l'aîne, et un suspensoir pour maintenir les parties, il fut soulagé et toute l'enflure disparut, à l'exception d'un petit empâtement du cordon spermatique, produit par l'état variqueux de ses vaisseaux. Mais le testicule était tellement diminué, qu'on pouvait à peine le distinguer, et il est encore dans le même état au moment où j'écris.

IIe *Observation.*—«Un valet d'écurie fut renversé par dessus la tête d'un cheval qui tomba, et il se heurta à l'aîne contre le pommeau de la selle. Le coup lui causa une douleur vive, et on le transporta aussitôt à l'hôpital.

« En l'examinant, on n'aperçut aucune enflure, soit au testicule, soit au cordon spermatique; mais la douleur que le malade disait être violente, se bornait à cette partie du cordon, qui est entre le testicule et l'aîne.

« Il fut saigné largement, prit un lavement et un purgatif. Sa douleur continua pendant deux jours, et lorsqu'elle le quitta, les vaisseaux spermatiques devinrent très variqueux. De tous les topiques dont on lui fit faire usage en conséquence, aucun ne fut efficace, c'est-à-dire que ni les uns ni les autres ne rendirent les vaisseaux moins distendus. Lorsqu'il sortit de l'hôpital, il était absolument exempt de douleur; mais son testicule, du côté des vaisseaux variqueux, se distinguait à peine.

« J'ai une fois vu le même effet résulter de l'application inconsidérée d'un bandage sur un véritable cirsocèle. Les vaisseaux acquirent par la pression un volume prodigieux; mais le testicule se réduisit presque à rien.

IIIe *Observation.*—« Un jeune homme, âgé d'environ vingt-cinq ans, après s'être fort échauffé par un fort exercice, alla trop promptement se baigner dans une rivière.

« Au milieu de la nuit qui suivit, il fut attaqué de froid et de frisson, auxquels succéda une grande chaleur, accompagnée de soif et d'une légère sueur. Il envoya chercher un chirurgien, qui le saigna, lui fit prendre un lavement, et lui ordonna de garder le lit et de boire copieusement.

« Le lendemain il prit un laxatif et quelques boissons fébrifuges. Pendant trois jours la fièvre fut continue. Le quatrième jour, elle devint plus modérée, et il fut attaqué d'une douleur aiguë dans les reins, pour laquelle il fut encore saigné et purgé. Le cinquième jour, la douleur de reins fut calmée, mais les deux testicules, quoique fort peu enflés, étaient si sensibles, qu'ils supportaient à peine l'attouchement; et au bout de quelques heures, les vaisseaux spermatiques furent si distendus, qu'ils formèrent une tumeur remarquable.

« Par le moyen des fomentations, des cataplasmes et du repos, tout le mal fut détruit dans l'espace environ d'une quinzaine; mais au bout de ce temps, le malade et le chirurgien furent étonnés de ne pouvoir plus trouver de testicules. Le premier vint aussitôt à Londres, et me pria de l'examiner, après m'avoir donné le détail précédent.

« Les vaisseaux spermatiques étaient gonflés et variqueux; les vaisseaux déférens étaient gros et durs, aussi bien que l'épididyme; mais il n'y avait pas, ni d'un côté ni de l'autre, la moindre apparence d'un testicule naturel. Une espèce de substance membraneuse comprimée et aplatie, qui, comme je le suppose, était la tunique albugine, paraissait pendre de chaque épididyme; mais il n'y avait aucune trace ni aucun vestige des parties glanduleuses ou vasculaires de l'un ou de l'autre testicule.

« Voilà la seule fois que j'ai vu cet accident des deux côtés, dans le même sujet.

« Ces faits n'ont pas besoin de commentaire.»

Delpech avait si bien la conviction de ce fait, qu'il nous a souvent dit, dans ses cliniques, que l'atrophie du testicule, à la suite du cirsocèle et du varicocèle, était une des circonstances qui l'aient le plus porté à songer à la cure radicale de ces deux maladies.

Ce sont probablement aussi les mêmes raisons qui ont entraîné M. Breschet dans la même voie.

Il faut le dire cependant, nous pensons qu'il en est du traitement du cirsocèle et du varicocèle comme du traitement des hernies; il n'est rationnel de songer à traiter les malades que lorsque la maladie est assez avancée, et donne lieu à des accidens qu'il importe de prévenir. D'autre part, le cirsocèle et le varicocèle, comme les hernies qui ne sont pas étranglées, n'admettent pas d'opération sanglante avec des éventualités fâcheuses, car les faits de malades morts par les douleurs du varicocèle et du cirsocèle, sont très rares, et en bonne pratique, il ne faut pas, par une opération, exposer la vie d'un homme, quand elle ne l'est pas par la maladie.

C'est pour cela qu'il est convenable de rejeter de la pratique ces opérations, dans lesquelles pour lier ou pour extirper les veines variqueuses du testicule et du cordon, on incise préalablement la peau et les parties sous-jacentes, de manière à mettre à découvert les parties que l'on veut lier ou exciser. Nous avons vu si souvent, à l'Hôtel-Dieu St-Eloi, l'opération du varicocèle suivie d'accidens graves, tels que d'inflammation étendue, d'abcès multipliés, de gangrène, etc, que notre opinion est très bien établie à cet égard; mais nous croyons, d'autre part, que l'on doit adopter avec empressement les procédés qui peuvent conduire à la cure radicale du cirsocèle et du varicocèle, sans danger pour les malades.

Or, parmi les méthodes employées pour arriver à ce but, il nous a paru que la compression des veines variqueuses était celle qui était la plus convenable et la plus sûre, pour obtenir l'oblitération des varices et du testicule et du cordon.

Un fait bien démontré dans la science, c'est la formation d'une circulation artérielle collatérale, lors de la ligature de l'artère principale d'un membre. Des phénomènes semblables se passent-ils lors de l'oblitération d'un tronc veineux? Il nous semble que les veines jouissent, sous ce rapport, du même avantage que les artères, et que, même d'après des faits qui se sont passés sous nos yeux, les veines peuvent être suppléées quelquefois dans leurs fonctions par les vaisseaux lymphatiques, si ce n'est pour toujours, du moins pendant quelque temps.

Voici ce que l'observation la plus attentive nous a montré, dans des cas de phlébite de la fémorale et de la saphène interne au haut de la

cuisse : le membre a éprouvé un engorgement considérable, qui s'est maintenu trois ou quatre jours ; cet engorgement s'est ensuite dissipé graduellement ; le membre a repris son volume et sa forme habituelle ; seulement, il a été facile d'observer sur le trajet de la veine fémorale et de la saphène une dureté, comme une espèce de corde tendue, que Delpech nous a montrée, dans une foule de circonstances, comme le signe le plus caractéristique de la phlébite, et puis, quand il persiste, de l'oblitération des veines.

Nous avons pu constater quelquefois, par l'autopsie, la vérité de ce diagnostic, et nous avons trouvé, dans tous les cas, la tunique interne des veines, rouge lie de vin, et contenant dans sa cavité des caillots fibrineux, du pus dans quelques points de la fibrine organisée et adhérente dans d'autres ; et puis, aux limites de la maladie, du côté le plus éloigné du cœur, nous avons vu les vaisseaux collatéraux dilatés et gorgés de sang, les capillaires veineux d'un volume évidemment supérieur à celui qu'ils ont habituellement.

Or, dans ces circonstances, une circulation collatérale commençait à s'établir, mais l'extension rapide de la maladie aux veines les plus volumineuses a fait périr rapidement le malade, avant que le travail réparateur eût pu s'accomplir.

Mais il arrive aussi que la phlébite s'arrête aux limites des membres ; et, quoique des troncs veineux principaux aient été oblitérés par la maladie, la circulation veineuse se rétablit, ce qui est démontré par le dégorgement successif du membre. On a pu voir, dans le mois de décembre 1834, un soldat, couché au n° 22, salle St-Charles, qui a été atteint, sans cause connue, de phlébite de la fémorale et de la saphène interne gauche, avec engorgement très considérable du membre, et chez lequel le dégorgement s'opéra d'une manière successive, malgré l'oblitération de ces veines dans leur partie supérieure, oblitération démontrée par la sensation de deux cordons tendus et noueux dans la direction de la saphène et de la veine fémorale.

D'autre part, nous avons pu constater, dans des opérations de cirsocèle pratiquées par Delpech, et lorsque la veine spermatique avait été liée, que l'engorgement, suite de la ligature, était très peu considérable, même plusieurs heures après l'opération. Comment expliquer dans ces circonstances le défaut d'engorgement du testicule et des bourses ?

Ici, il est impossible d'admettre l'établissement d'une circulation collatérale dans huit ou dix heures de temps ; et cependant l'artère spermatique a porté au testicule et aux bourses des matériaux qui, après avoir servi à leur nutrition, n'ont pu être repris par les veines, et ont dû être nécessairement en plus dans les parties que l'artère spermatique alimente.

Que sont devenus ces matériaux ? Ce fait nous paraît inexplicable, si on n'admet que dans quelques circonstances le système lymphatique peut suppléer le système veineux dans ses fonctions, et spécialement dans les cas d'oblitération de la veine principale d'un organe.

Au fond, quoique les expériences de Magendie et de Wilson Philis, prouvent d'une manière incontestable que les veines absorbent, il est impossible de destituer complétement le système lymphatique de sa faculté absorbant. Que l'on admette qu'il ne se charge que de certains fluides, du sérum du sang, par exemple, toujours est-il que les lymphatiques s'emparent de ces fluides apportés par les autres vaisseaux dans la trame des organes, et qu'ils les rapportent par le moyen des veines au centre circulatoire.

Or, ces fonctions ne constituent-elles pas une véritable absorption? et est-ce trop hasarder, en physiologie, que de dire que quand un obstacle mécanique s'oppose à la marche du sang dans les veines, le système lymphatique peut les suppléer quelque temps dans leurs fonctions, jusqu'à la formation d'une circulation collatérale ? L'examen attentif de l'organisme vivant fournit beaucoup d'exemples de cette nature, et c'est un fait connu dans la science, que plusieurs organes ou systèmes d'organes, sont susceptibles de suppléer naturellement dans leurs fonctions, d'une manière plus ou moins complète.

C'est sur ces deux faits physiologiques : 1° sur la formation d'une circulation veineuse collatérale ; et 2° sur la possibilité de voir les fonctions des veines suppléées par les lymphatiques, que la pratique de la compression dans le traitement des varices, et spécialement dans celui du cirsocèle et du varicocèle, nous paraît avoir son fondement.

Ces deux moyens réparateurs, une fois bien reconnus, le problème de la cure radicale du cirsocèle et du varicocèle se trouve simplifié en ce point, qu'on sait que l'on pourra arrêter la circulation veineuse du testicule et du cordon, sans avoir rien à craindre relativement à l'éventualité de son rétablissement.

Or, il s'agit seulement, à cette heure, de faire choix entre les moyens qui ont été proposés pour détruire la maladie, soit qu'elle n'occupe qu'une portion de la veine spermatique, soit qu'elle s'étende à la plus grande partie de cette veine, ou aux autres veines du scrotum.

Parmi ces moyens, on comprend qu'il est convenable de se servir de celui qui est le plus simple, le moins douloureux, et qui expose le moins les malades à la phlébite et aux autres accidens qui accompagnent dans beaucoup de cas les opérations pratiquées sur les veines.

Mais comment opérer cette compression d'une manière convenable, sans exposer les malades à la phlébite, et à d'autres graves dangers ?

M. Breschet a publié, au mois de janvier 1834, un mémoire de quelque intérêt, dans lequel il propose de comprimer les veines à travers la peau, au moyen de pinces façonnées diversement suivant les circonstances, et matelassées à la face interne de leurs mors, afin de ménager autant que possible le tissu cutané. Ces pinces doivent être en outre, d'après l'auteur, de grandeur variable, suivant qu'on les applique sur le trajet du cordon, sur la surface des bourses, etc. Elles portent dans l'épaisseur de leurs branches latérales une vis de pression, propre à maintenir et à fixer les mors de l'instrument et les parties qu'il est destiné à comprimer, de manière à obtenir une compression régulière et permanente pendant le temps convenable. M. Breschet cite dans son travail l'his-

toire de deux malades qu'il a guéris par son procédé de compression.

Mais en lisant attentivement le mémoire de M. Breschet, les deux observations qui en font partie, et les réflexions qui les suivent, on reconnaît facilement tout ce qu'il y a de défectueux dans le procédé de l'auteur : 1° l'application des pinces est loin d'être toujours facile, et l'auteur en convient lui-même, quand il dit, en parlant de la compression des veines du cordon chez le premier malade dont il rapporte l'observation : « Ici s'offraient beaucoup de difficultés dans l'emploi du même moyen ; quoique les veines du cordon fussent volumineuses, elles étaient bien plus difficiles à embrasser par les instrumens comprimant à travers une peau épaisse et chargée de graisse ; il fallait aussi éviter de saisir, au milieu des veines, le conduit déférent ; quant aux artères et aux nerfs, leur petit volume ne permettait pas de les isoler et de les mettre de côté, les accidens à craindre étaient la douleur vive, le développement d'une inflammation violente, la formation d'une escarre profonde et la dénudation du cordon. »

Dans tous les cas, cette compression opérée par des pinces, dont les mors ont une surface assez étendue, occasionne au malade des douleurs vives, et produit, en dernière analyse, l'inflammat on et la gangrène de la peau.

Ces accidens, s'ils n'entraînent pas les malades dans de graves dangers, rendent dans tons les cas la cure du cirsocèle et du varicocèle longue, pénible et douloureuse pour les malades ; ce dont on peut se convaincre, en lisant les deux observations rapportées par M. Breschet.

Toutefois, c'est la lecture du mémoire de M. Breschet, et les imperfections que nous avons cru trouver dans le procédé de l'auteur, qui nous ont engagé à faire connaître un nouveau moyen de compression, que nous avions conçu du vivant de Delpech, et dont aucune circonstance ne nous avait conduit à faire mention jusqu'ici.

L'idée de ce procédé nous vint à la tête, en pratiquant l'acupuncture pour des cas de névralgie sciatique l'innocuité de l'application des aiguilles, le peu de douleurs qu'elles occasionent aux malades, la possibilité de soulever et de comprimer une veine variqueuse avec une aiguille à acupuncture, traversant la peau de part en part sur les deux côtés de la veine, et passant derrière elle ; tels furent les élémens d'un procédé de compression, que l'on peut utilement employer, comme on pourra le voir, non seulement pour la cure radicale du cirsocèle et du varicocèle ; mais pour celle des autres varices, pour suspendre le cours du sang et oblitérer des artères superficielles, telles que la *radicale*, la *maxillaire externe*, la *temporale*, etc., etc.

Les objets que nécessite l'opération sont les suivans :

1° Plusieurs aiguilles fines a acupuncture de deux pouces de long, aplaties dans l'étendue de six lignes vers leur partie moyenne, t larges dans ce point d'une demi-ligne environ. Cet aplatissement médian doit se terminer comme en mourant vers les deux extrémités de l'aiguille ;

2° Du fil plat ciré, comme celui dont on se sert pour faire la suture entortillée dans l'opération du bec de lièvre ;

3° Enfin, du cérat pour graisser les aiguilles avant leur application.

Après l'exposé de ce simple appareil, on a compris déjà le procédé opératoire.

Le malade étant couché sur le dos, le pli de l'aîne et les bourses préalablement rasés, le chirurgien placé à sa droite reconnaît dans l'étendue du cordon, ou bien sur la surface des bourses, les veines variqueuses qu'il est dans l'intention de comprimer. Il soulève ensuite, dans un repli de la peau, la veine malade, tandis qu'un aide opère de la même manière à un ou deux pouces plus bas, suivant l'étendue de la maladie. Alors le chirurgien saisit une des aiguilles, dont la pointe est enduite de cérat, et la fait traverser la peau en deux points, de façon à passer en arrière de la veine, après avoir fait entrer et sortir l'aiguille à une ou deux lignes d'elle sur ses côtés. Cela fait, il applique une seconde aiguille plus ou moins loin, suivant l'étendue de veine qu'il veut oblitérer. L'opérateur prend ensuite le fil ciré, et décrit, en l'appliquant des circuits et des huit de chiffres, de la pointe à la tête de l'aiguille, comme dans le point de suture entortillée de l'opération du bec de lièvre, de manière à former en avant de la veine, dans le point correspondant au plat de l'aiguille, une espèce de pelotte en fil ciré, qui, de concert avec l'aiguille qui est en arrière, comprime le vaisseau, efface son calibre et détermine dans ses parois une inflammation légère, circonscrite, mais suffisante pour obtenir l'oblitération que l'on désire.

Le chirurgien applique ensuite un second fil sur l'autre aiguille et de la même manière. Toutefois, on pourra se passer de faire usage d'une deuxième aiguille, lorsque la maladie aura peu d'étendue. On pourrait, au fond, n'appliquer qu'une seule aiguille dans toutes les circonstances ; mais on est bien plus sûr d'obtenir l'oblitération complète de la portion malade de la veine, en l'embrassant entre deux aiguilles.

D'après des faits nombreux de ligature de veines, pratiquées par Delpech à l'Hôtel Dieu St-Eloi, je crois que deux jours et même moins doivent suffire pour que l'oblitération de la portion variqueuse de la veine soit complète. Nous avons vu dans ces circonstances, ces oblitérations se faire dans vingt quatre ou trente-six heures au plus, et résulter, soit de l'application d'une lamelle légère d'amadou autour du vaisseau, soit par l'interposition d'une bandelette de la même substance entre la veine et les parties sous-jacentes.

C'est même cette dernière façon d'opérer, que Delpech avait adoptée en dernier lieu, car il avait reconnu la facilité avec laquelle on pouvait obtenir l'oblitération des veines, et il a exprimé souvent ce fait dans ses leçons de clinique, en disant que l'expérience lui avait appris que le contact du plus petit corps étranger contre une veine suffisait pour l'enflammer et l'oblitérer.

Or, nous le demandons, est-il possible de trouver un instrument à la fois plus léger et plus innocent qu'une aiguille à acupuncture ? On a appliqué de ces aiguilles dans l'épaisseur de la plupart des organes ; on a été même jusqu'à en

appliquer dans la substance de la moëlle épinière, dans celle du cœur, et toujours sans accidens.

Il est donc impossible d'admettre ici comme objection à l'opération proposée, le danger de la phlébite ou de tout autre accident. Il est facile de comprendre que la phlébite peut être la suite des opérations pratiquées autrefois pour la cure des varices et du cirsocèle et du varicocèle, y compris même celle pratiquée par Delpech; la compression pure et simple des vaisseaux variqueux, sans incision préalable, ne peut pas conduire à un pareil danger.

Quant à la compression opérée au moyen des pinces de M. Breschet, nous l'avons déjà dit, il est facile d'apprécier combien doit être difficile l'application des pinces dans beaucoup de circonstances, et spécialement dans le cas de cirsocèle; 2° on peut comprendre facilement aussi que la pression opérée sur la peau par l'instrument doit être douloureuse et presque insupportable pour la plupart des malades; 3° que dans presque tous les cas cette pression détermine la gangrène de la peau et des parties molles sous-jacentes, accident qui, s'il n'a pas de gravité, n'en fait pas moins traîner l'opération en longueur et retarde la guérison du malade.

Au contraire, que l'on fasse attention à la facilité avec laquelle on peut appliquer des aiguilles sur toute la surface des corps, et spécialement sur tout le trajet du cordon et sur la peau qui recouvre le testicule; que l'on considère combien doit être légère la douleur produite par la pression des aiguilles et du fil ciré qui les environne; enfin, que l'on juge si l'application des aiguilles est susceptible d'exposer les malades à des désordres pareils, à ceux produits par l'application des pinces, et l'on reconnaîtra sans peine que la compression des veines avec des aiguilles à acupuncture est plus simple, plus facile et moins douloureuse que celle opérée par l'instrument de M. Breschet.

Or, de tout ce que nous venons de dire, on pourra, ce nous semble, conclure que cette nouvelle manière de traiter les varices, et spécialement le cirsocèle et le varicocèle, est :

1° Simple dans son procédé;

2° D'une facile exécution;

3° Qu'elle n'expose les malades ni à des douleurs considérables ni à aucun danger;

4° Enfin, qu'elle ne peut manquer de conduire à de bons résultats.

J. Franc,

Premier chirurgien, chef interne de l'Hôtel-Dieu St-Eloi de Montpellier.

N. B. Nous venions de terminer ce mémoire, lorsque hier, 12 décembre, le numéro de décembre 1834, du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, nous tomba entre les mains : nous nous aperçûmes bientôt, en parcourant rapidement la table, qu'il y était question de la cure radicale du varicocèle; nous nous empressâmes de couper le journal, et nous lûmes l'article suivant, extrait de la *Gazette médicale de Berlin :*

« M. le professeur Wurser a opéré la cure « radicale du varicocèle par la ligature et l'ab- « lation des veines variqueuses; le professeur « Frishe regarde cette opération comme déli- « cate et périlleuse. Il blâme également la mé- « thode proposée par M. Breschet : ce procédé, « dit-il, est long et douloureux; la compression, « quand elle est assez forte, détermine des ex- « coriations et même des escarres qui forcent à « l'interrompre et à retarder le résultat qu'on « espère. Voici le moyen qu'il a déjà fait con- « naître dans un des numéros précédens de ce « journal, et auquel il vient de recourir une « seconde fois avec succès. Je pris, continue- « t-il, une aiguille à coudre ordinaire, de forme « convenable, j'embrassai avec la main gauche « une partie du scrotum, de manière à saisir « entre mes doigts une des veines dilatées; j'en- « fonçai l'aiguille au travers du scrotum et de « *la veine*, et je la fis revenir du côté opposé, « également au travers des tégumens et des « parois du vaisseau; puis, je coupai le fil, en « lui laissant assez de longueur pour pouvoir le « nouer sur la portion de peau sous-jacente, « qui, lorsque j'eus abandonné le scrotum à « lui-même, se trouva d'environ trois travers « de doigts. Je répétai la même opération sur « deux autres veines variqueuses; elle fut promp- « tement achevée et si peu douloureuse, que le « malade se tint debout devant moi. Je n'em- « ployai aucun bandage, et me contentai de « soutenir les bourses dans la position horizon- « tale, à l'aide d'un coussinet. Le lendemain, « il survint du gonflement accompagné de rou- « geur et de sensibilité du testicule. On retira « le fil; la tuméfaction disparut par degrés, et « le vingt-unième jour les trois veines étaient « transformées en cordons assez fermes, mais « indolens.

« Le docteur Grossheim a opéré de la même « manière et obtenu le même succès. »

La lecture de ces quelques lignes nous impressionna vivement, car nous crûmes tout d'abord que ce procédé ressemblait complétement à celui que nous venions de décrire et de proposer; mais un examen fait avec plus de sang-froid nous prouva bientôt qu'il n'en était rien. Il s'agit ici, en effet, d'une constriction directe d'une portion de veine et de la peau qui la recouvre, traversés de part en part, et au moyen d'un fil seulement, Or, avec un peu d'attention, on reconnaît combien cette manière d'opérer doit exposer à la phlébite, et diffère, sous ce rapport, du procédé qui consiste à aplatir seulement les vaisseaux variqueux au moyen d'une aiguille à acupuncture et un point de suture entortillée.

En y réfléchissant, nous avons été bien aise de lire l'article que nous venons de citer : 1° parce qu'il confirme notre opinion, relativement au jugement que nous avions porté sur le mémoire de M. Breschet; 2° en ce qu'il est une nouvelle preuve que la compression opérée, même par des moyens défectueux, réussit pour produire l'oblitération des veines. A plus forte raison, sommes-nous en droit d'attendre du succès d'un procédé plus simple, et dans lequel les instrumens sont seulement en contact avec la peau que l'aiguille a traversée, et avec la veine dont on veut obtenir l'oblitération.

Note des Rédacteurs. — Pour être justes, nous devons ajouter que les deux procédés, dont il vient d'être

II. CLINIQUES.

PLAN D'ÉTUDES CLINIQUES.

Les rédacteurs du *Journal des Connaissances medico-chirurgicales*, sont convaincus, que l'organisation intelligente d'une *Revue clinique* doit être pour l'œuvre qu'ils s'efforcent d'améliorer, un principe toujours nouveau de chaleur et de mouvement, de vie, d'intérêt. Ils ont donc résolu de consacrer chaque mois quelques colonnes de leur recueil à la relation suivie et à l'appréciation active des cours de clinique médicale et chirurgicale, qui leur sembleront les plus propres à fournir à cette importante partie du journal, des faits et des développemens dont puissent profiter tout à la fois la thérapeutique et la nosologie. Chargé pour une part du soin grave et délicat de la clinique interne, je vais dire comment je conçois ma tâche, et quel parti je me propose d'en tirer pour ceux qui étudient et pour ceux qui pratiquent.

Je commence par prévenir, que pour toutes les raisons développées dans la suite de cette espèce de symbole, il me faut un champ clinique paisible, où la nature soit un peu respectée dans ses tendances, plutôt sagement dirigée que témérairement châtiée et interdite. Or, entre nos enseignemens cliniques, deux peuvent assez bien remplir cette condition : l'un est actuellement fermé ; c'est celui de M. le professeur Fouquier ; je le suivrai au renouvellement de l'année scholaire, et il partagera alors mon observation avec celui de M. le professeur Chomel, auquel je vais m'attacher dès à présent. La préférence que j'accorde à ces enseignemens est suffisamment justifiée par les vues suivantes :

Rempli d'admiration et de sympathie pour l'ancienne clinique de Vienne, que je représente par Stoll, et dont je ne sépare pas Dehaën, Frank, Selle, Werlhof, etc., etc..... toute mon ambition est de l'harmoniser avec celles dont je veux me faire l'historien et le critique (en donnant à cette expression sa signification complète et radicale), de les expliquer et les juger l'une par l'autre, d'établir entre elles un commerce de faits et d'opinions, de vérités oubliées et de vérités naissantes, où chacun donne et reçoive, sans opposition, sans blâme passionné, où l'illustre Stoll s'entoure de jeunesse et d'éclat, les professeurs de Paris d'un intérêt plus puissant, d'une estime plus éclairée et plus solide. Qu'on n'aille pas croire qu'en me renfermant dans les principes de l'école de Vienne, je me condamne à des ressources bornées, je me mette à la discrétion d'une doctrine artificielle et née de l'époque où florissait cette école, que je m'interdise l'usage des acquisitions de notre siècle et de notre pays ; car cette école est la tradition sans tache, le développement et la fécondation de la clinique de Cos, dont elle semble avoir reçu ses dogmes et ses pouvoirs, pour nous les transmettre, comme les lui avaient transmis Baillon, Sydenham et Baglivi ; c'est-à-dire, éprouvés et étendus par l'autorité d'une pratique sévère et voisine de la perfection ! N'est-ce pas un fait bien important et digne d'être médité, que toute la clinique de Cos, elle seule, rien qu'elle, soit la pensée de celle de Vienne qui la renferme tout entière et y est toute renfermée ?..... Je suis embarrassé pour dire à laquelle des deux cette remarque fait le plus d'honneur.

Il est déjà évident, par ceci, que les principes qui présideront à cette *revue clinique* sont les plus larges, les plus anciens, les plus universels, ceux qui ont jailli d'une observation vierge et ont formé les médecins, dont les noms (on peut, je crois, l'affirmer) sauront seuls se défendre contre les outrages du temps et les attaques des systèmes ; et puis, les praticiens enseignans, dont nous reproduirons les leçons, n'auront pas à rougir des juges et des lois à la lumière desquels nous les examinerons. Nous pensons qus cette manière de procéder est la plus honorable pour eux, la plus grandement utile pour tous.

Quant à l'impossibilité apparente où nous serons de concilier un tel plan avec les travaux et les acquisitions de notre époque, je ferai remarquer que ce plan est au contraire celui qui se prête le plus avantageusement à l'adoption de tous les faits, de toutes les découvertes ; car un des caractères les plus frappans et les plus estimables de l'hippocratisme, caractère

question, n'appartiennent ni à M. Franc, ni à M. Frishe. Traverser deux fois de part en part chaque veine varqueuse, en y comprenant la peau, avec une aiguille, est une méthode proposée, en 1833, par M. Davat, qui en a fait le sujet de sa thèse, d'un travail envoyé à l'Académie, et d'un long mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*.

L'acupuncture, imaginée par M. Velpeau, en 1830, pour oblitérer les artères, et le seton qu'avait déjà indiqué M. Jameson, en 1826, en auront sans doute donné l'idée.

Quant à l'opération de notre correspondant de Montpellier, elle revient de droit à M. Velpeau. Voici, en effet, comment cet auteur l'a décrite, en 1832, dans son *Traité de médecine opératoire*, tome 1er, page 87 : « S'il était permis, dit-il, de conclure, d'après quelques expériences faites sur des chiens, le *procédé suivant serait un moyen aussi facile que certain d'obtenir l'oblitération des vaisseaux, à l'aide de ligature temporaire ; on passe au dessous* (artère ou veine) *une simple épingle, dont les deux extrémités sont ensuite embarrassées par une anse de fil, comme dans la suture entortillée* et qu'on serre assez pour empêcher le sang de passer. » Nous voyons, en outre, par les comptes rendus des séances de l'Académie royale de médecine (mars 1835), que ce chirurgien n'en était plus à des tentatives sur des animaux, et qu'il avait déjà mis son procédé en pratique sur l'homme, puisque, dans une discussion sur le varicocèle, il l'oppose à la méthode de M. Breschet. Nous savons aussi, par les élèves qui suivent ses leçons, qu'un malade opéré par lui, à la Pitié, au mois de février dernier, et un autre traité de même à la Charité, en mars, de varices aux jambes, sont sortis guéris de son service. Nous savons enfin, qu'un individu est actuellement soumis à la même méthode pour un varicocèle, dans les salles de M. Velpeau. Il résulte de tout ceci, au surplus, et du travail de M. Franc, que la méthode imaginée par M. Velpeau paraît offrir de grands avantages sur toutes les autres, dans le traitement des varices et du varicocèle. Il serait d'ailleurs important de savoir à quelle époque précise Delpech a usé, pour la première fois, de ce procédé opératoire.

qui lui est propre, et dont ses apôtres ont oublié de s'enorgueillir, c'est de pouvoir accepter la vérité de toutes parts d'Asclépiade comme de Galien, de Paracelse comme de Baillou, de Chirac comme de Dehaën, etc..... De quel système pourrait-on en dire autant?...

Recherchons donc un peu les besoins de la clinique, les points sur lesquels on néglige de l'interroger; ce qu'il faut, en un mot, lui rendre et lui ôter pour la pénétrer autant que possible de l'intérêt dont elle est susceptible. En premier lieu, la question des constitutions médicales ne vaut-elle pas bien la peine qu'on la fasse revivre? Les sources des indications thérapeutiques et du pronostic sont-elles donc si nombreuses et si sûres, que nous nous interdisions volontairement et parce que cela a plu à un homme, celle qui peut nous fournir le plus de solides avantages? Ce seul point de vue, auquel nous ne manquerons pas de nous placer, suffirait déjà pour animer nos études de l'esprit de la méthode antique; mais cette méthode exige de nous d'autres restitutions.

L'organicisme qui, dans les maladies, ne tient pas compte de la vie et de ses innombrables modifications, qui s'absorbe dans la recherche grossière du résultat visible et tangible de ces modifications, l'organicisme a dû, d'une part, accorder trop d'importance à la sémeiotique qu'on pourrait appeler une autopsie anticipée, puisque la mort ne lui enlève pas les élémens sur lesquels elle s'exerce; d'autre part, il a dû discréditer la séméiotique vitale, celle qui conduit au traitement et au pronostic, et sans laquelle la médecine n'est qu'une œuvre facile, commune et où tous sont également habiles. Il est juste que nous assignions à chaque objet sa valeur et son rang; c'est pourquoi l'étude du pouls, des urines, etc., etc., nous fournira l'occasion de vérifier une foule de remarques qui intéressent vivement le diagnostic de la maladie plutôt que de l'organe malade. La doctrine, ou mieux, le fait des crises paraît à notre époque chose si indifférente, qu'on préfère analyser un bruit cardiaque, méditer sur une granulation, que de remuer et d'approfondir cette grande question. Ce renversement inoui des idées, cette méprise sur les vrais intérêts de la clinique, ce dégoût pour le grand et le fécond, et ce goût, pour le mesquin et le stérile, sont le mal qui invalide le plus notre époque: Baglivi n'aurait pas manqué d'en faire le sujet d'un septième *impedimentum*. L'un des chapitres où, sous ce titre, il signale les obstacles aux progrès de la science, a pour objet le grief suivant: « *Intermissum studium tractandi de* « *morbis aphoristicè:* » *L'oubli du genre aphoristique en médecine.* J'ignore jusqu'à quel point l'illustre praticien de Rome était autorisé à se récrier contre la prolixité de ses contemporains; ce que je sais, c'est que nous en sommes venus, nous, à ce point, que les qualités d'un observateur sont mesurées sur la longueur de ses histoires de maladies, sur la quantité des détails dont il les embarrasse et sous lesquels il étouffe, comme à dessein, la physionomie du cas particulier. Qui de nous n'a pas senti, sans s'en rendre compte peut-être, que le profit qu'il retirait de ces observations indiscrètes était en raison inverse de ce qu'on appelle *leur exactitude, leur fini?* « *Historia namque morborum licet copiosa primo aspectu videatur, re ipsâ tamen egena est ac inutilis; imò, ob transcursus quosdam permolestos in narrationes supervacaneas quæstiones jejunas similesque nugas, infirma prorsùs ac perdita.* » (Baglivi). Nous nous efforcerons de ne pas encourir le reproche de Baglivi; ce soin ne sera pas le moins difficile de ceux que nous nous imposons. J'ai souvent cherché le secret de l'intérêt puissant et indicible qui s'attache aux observations d'Hippocrate et de ceux qui ont marché sur ses traces. Comment son premier coup de crayon a-t-il été toute une doctrine? comment a t-il vivifié la clinique? comment l'a-t-il dogmatisée, sans avoir besoin pour cela d'un seul développement, de la plus petite déclaration de principes? C'est que ses descriptions sont la révélation la plus immédiate de la nature prise sur le fait de son œuvre, des lois de son action: « *Fideliter et ad vivum, prout ab ipsâ rei naturâ procedebant,* » comme le dit Baglivi. Les tableaux de Stoll sont dans le même genre: son *Ratio medendi* (qu'on a si niaisement traduit par *médecine pratique*, et qui signifie bien plutôt *esprit de la médecine de Stoll*) respire dans tous les mots, parce que tous les mots ont une intention indépendante de l'auteur, et qui trahissent celle de la nature. Certes, nous ne nous flattons pas de donner nous mêmes des exemples, ou même des essais de cette touche inimitable du génie; nous tâcherons seulement d'éviter les défauts contraires.

Il y a donc autre chose à faire pour l'hippocratisme que d'inscrire ce mot sur un drapeau, et de crier que la nature guérit les maladies, puis de s'endormir sur l'effet présumé de quelques grands principes, sans prendre la peine de soumettre à l'épreuve de la clinique les faits et les détails dont ils découlent.

Le but que nous venons de nous proposer dépasserait assurément notre portée, si nous avions prétendu l'atteindre, abandonnés à nos propres forces; mais en nous inspirant aux sources que nous nous sommes ouvertes, nous n'avons qu'à désirer de n'être pas trop indignes d'y puiser. Quant à l'encouragement des praticiens, dont les leçons vont nous servir de texte, nous l'espérons ultérieurement de notre bonne foi et de notre zèle à les interpréter consciencieusement.

REVUE CLINIQUE. — *Mai* 1835.

Quelques lacunes dans mes observations météorologiques de ce mois leur ôtent assez d'exactitude, pour que je doive m'abstenir de les indiquer, et surtout d'établir le rapport si vrai et si important qui existe entre elles et les maladies que la clinique offre depuis un certain temps. Dans mon prochain article, je serai à cet égard plus fidèle et plus complet.

J'avais promis aussi de ramener l'attention sur la valeur séméiologique des urines. Par quelle inconcevable indifférence refuse-t-on dans la plupart des cliniques de consulter cet élément fondamental de pronostic et d'indications thérapeutiques? A tout moment, un professeur se plaint de l'embarras où il est, en l'absence de signes suffisans, pour se prononcer et sur

l'issue d'une affection et sur la ligne à suivre dans son traitement, lorsque l'inspection des urines pourrait lever son indécision et le déterminer hardiment ou à rester spectateur ou à user d'énergie. Il n'en rejaillirait pas moins d'honneur pour lui que de bien pour le malade, que d'avantages pour les élèves. Encore si, tout en négligeant ce moyen de s'éclairer, il le laissait à la disposition de ceux qui vont chercher de l'instruction à ses leçons, j'aurais pu, en étudiant moi-même avec soin ce produit pathologique, où se traduisent si sûrement dans un grand nombre de cas les phases d'altération que l'organisme fait subir à la maladie, et que la maladie fait subir à l'organisme, répandre un intérêt nouveau sur ces discussions cliniques; mais il est rarement possible dans les hôpitaux d'examiner l'urine des malades. Des motifs de salubrité, louables sans doute dans l'intention qui les a dictés, mais qui sont loin d'être inconciliables avec les intérêts de la science, exigent que les urines soient incessamment jetées, règle, nonobstant cela, tous les jours méprisée, sans que toutefois les élèves puissent en profiter, car elles sont contenues dans des vases où leur examen est impossible. Le professeur ordonne bien qu'on les conserve dans certains cas, comme l'ictère, le diabète, par exemple, et depuis quelque temps dans les hydropisies, parce qu'un médecin anglais a dit, que dans un grand nombre de ces dernières maladies, elles contenaient de l'albumine. Mais je crois ne pas faire injure à la vérité, en disant que c'est dans ces diverses circonstances que l'étude des urines a le moins de réelle utilité. Si ces lignes tombent par hasard sous les yeux de M. Chomel, je désire vivement qu'elles lui soient recommandées par l'intérêt de son enseignement.

J'assemblerai, par petites familles, les affections qui présentent des analogies suffisantes pour que les réflexions qui sont suggérées par les unes puissent naturellement s'étendre aux autres.

Mais avant tout, je vais rapporter un cas de fièvre puerpérale terminé par la mort, et offrant à un haut degré les altérations nécroscopiques, propres à ce genre d'état morbide.

Fièvre puerpérale.

J'essayerai, dans un instant, de justifier le titre que je donne à cette observation. Les préoccupations anatomo-pathologiques modernes ont considérablement servi la science sur la question des maladies aiguës puerpérales; néanmoins, si on se bornait strictement à ce qu'elles nous en ont appris, le côté nosologique et thérapeutique de ces graves affections serait bien rétréci.

Pourquoi ne pas accepter plutôt avec empressement de si utiles recherches, à titre de compléments indispensables des travaux essentiels qui les ont précédées, travaux imparfaits sans elles, comme elles-mêmes sans eux sont condamnées à rester stériles; car il faut bien dire que ces recherches ne constituent qu'un élément du problème, et que pour avoir quelque sens, cet élément ne demande qu'à être mis à la place que sa nature et son importance lui assignent parmi ceux qui sont ou plus ou moins importans que lui.

Une fille de vingt-ans, couturière, de constitution lymphatico-nerveuse et d'une santé toujours bonne, primipare, accouche à la Maternité, vers les derniers jours d'avril, d'un enfant à terme. Le travail est naturel et n'exige aucune manœuvre fatigante pour les organes de la génération; les suites de couches s'établissent bien, quoique les seins se gonflent à peine et sans mouvement fébrile préalable. Au septième jour, elle se croit en état de quitter l'hôpital, et va chez elle. Après cinq jours, sans, dit-elle, qu'aucune imprudence de sa part ait pu y donner lieu, plusieurs frissons se succèdent, puis de la chaleur, une véritable fièvre, pendant laquelle les seins se gonflent plus qu'ils ne l'avaient fait à la Maternité; mais bientôt de la douleur se fait sentir à la fosse iliaque droite et les seins s'affaissent à mesure que cette douleur s'accroît; aussitôt dévoiement: application de sangsues (vingt) *loco dolenti*. La fièvre et la douleur n'en augmentent pas moins; la malade est conduite à l'Hôtel-Dieu, le 8 mai. Le 9, au matin, ce qui saisit tout d'abord en la voyant, c'est la supination entière de toutes les parties du corps, une teinte jaune-terreuse de la face, dont les traits sont abattus, et sur laquelle se prononce une coloration heurtée et rouge brique des deux pommettes; la respiration sublime et fréquente, les battemens violens et rapides des carotides; la langue est plate, humide, sans enduit; la bouche mauvaise et très amère; la chaleur de la peau élevée, sèche, sans être âcre; le pouls abdominal résistant, bat cent dix fois par minute; la région iliaque droite est bombée, rénitente, excessivement douloureuse à la plus légère pression; le côté gauche du ventre est comparativement plat, souple, indolore; on ne peut se permettre la percussion sur le côté droit. Les seins sont flétris; cinq à six selles liquides en vingt-quatre heures, sans coliques; pas de vomissemens; quelques nausées. Les lochies ne consistent plus qu'en un faible suintement sanieux. — Une saignée de dix onces, frictions sur le ventre avec deux gros d'onguent mercuriel; lavemens émolliens, boissons rafraîchissantes. Les deux jours suivans, la malade éprouve un mieux général; l'état du ventre s'est amendé; au bas de la poitrine, à droite, un peu de faiblesse du bruit respiratoire; les inspirations sont costales et fréquentes. On ne peut encore décider si ces symptômes ont leur raison dans la poitrine ou dans le ventre. La diarrhée n'a pas cédé à des lavemens astringens et mucilagineux. Les muqueuses sont humides, non injectées; le pouls *plus libre*, un peu moins fréquent; sommeil passable. Nouvelle saignée, frictions sur le ventre avec une once d'onguent au lieu de deux. Boissons tempérantes en abondance, car la soif est pressante. Le 12 mai, l'état du ventre est entièrement changé; la dureté, l'élévation et la douleur si vive du flanc droit, sont singulièrement diminuées; c'est un empâtement plus diffus et presque indolent lors même que l'on exerce de fortes pressions; mais la respiration est plus précipitée, plus sublime (cinquante-deux par minute); le pouls bat cent vingt fois; il n'a pas cette souplesse et cette ondulance

qui signalent les résolutions ; il a cessé d'être serré et abdominal, et n'a plus que ces redoublemens sans intervalles, où la systole n'est presque plus sentie. La peau est médiocrement chaude, la langue plate et humide, les urines faciles; la bouche est toujours très amère ; quelques nausées. La malade n'accuse plus de dévoiement, mais il est involontaire. L'extrême faiblesse ne permet pas de s'assurer de l'état de la poitrine. Boissons tempérantes. Le 13, l'état du ventre semble encore meilleur. Quelques crachats sales et visqueux engagent à l'auscultation qui ne peut être qu'imparfaite. On soupçonne en bas, en arrière et à droite, un peu de crépitation. Dans le même point, à gauche, il y a manifestement, un retentissement asssez marqué de la voix. Langue un peu sèche, mais n'ayant rien des maladies véritablement inflammatoires; sueurs sus-diaphragmatiques ; évacuations toujours involontaires; sommeil ; même état du reste. — Un grain d'extrait d'opium, quinze gouttes de laudanum dans chaque pot de chiendent gommé. Les jours suivans, les signes rationnels et physiques d'une double pleuro-pneumonie des parties inférieures de la poitrine se prononcent davantage. L'état du ventre ne fixe plus l'attention ; la langue se sèche et s'encroûte: des vésicatoires aux jambes facilitent un peu la respiration, et la langue s'humecte. Météorisme commençant, sudamina nombreux sur tout le tronc, sueurs sus-diaphragmatiques profuses; dévoiement toujours involontaire. — Laudanum dans les boissons.

Cet état dure ainsi jusqu'au 18, où tous les symptômes décrits s'aggravent et se compliquent de délire, de dilatation des pupilles, de somnolence, de pouls misérable, etc. — Des vésicatoires aux cuisses relèvent le pouls et dégagent la poitrine. Trois jours se passent dans cet état de lutte, après lesquels la nature semble prendre le dessus et la maladie passer à un autre période Cette femme se trouve bien ; elle demande à manger et dit bien dormir. Mais si sa respiration est moins fréquente, sa peau moins chaude, ses forces meilleures, elle conserve les signes d'un double épanchement pleurétique ; son pouls un peu moins fréquent est toujours dur, redoublé, trop résistant ; les vésicules des sudamina sont devenues purulentes et enflammées à leurs bases, la langue se sèche et les évacuations sont involontaires ; en un mot, cette femme ne quitte l'état aigu que pour passer à une espèce de fièvre hectique, semblable à celle qui accompagne des vastes suppurations.

On se borne, pour traitement, à combattre le dévoiement par le laudanum ajouté aux boissons. Jusqu'au 26, cet état persiste, et sans une escarre vaste et profonde qui occupe la région sacrée et menace à sa chûte de mettre à nu les os, on croirait, sinon que cette malade guérira, au moins qu'elle résistera encore longtemps à l'hectique qui la dévore. La place du lit sur laquelle repose le sacrum et le siége est disposée de manière à ce que ces parties ne portent sur rien et soient comme suspendues, lorsque le 26, peu de tems après la visite, et alors que rien ne pouvait faire présumer une terminaison si promptement funeste, que ce jour-là même son aspect extérieur offrait quelque chose de plus rassurant, et qu'elle se félicitait de l'amélioration de son état, l'intelligence s'embarrasse, du coma et du râle trachéal arrivent tout à coup et sont rapidement suivis de la mort.

Autopsie. — Des adhérences molles, faciles à rompre, unissent les intestins aux parois abdominales ; à droite, inférieurement, collection d'à peu près un demi-verre de pus, contenu dans une espèce de poche formée par le pavillon de la trompe de Fallope très évasé, et qui laisse ce liquide s'épancher dans le petit bassin. En décollant successivement le péritoine, on trouve dans le flanc gauche une autre collection purulente ; la rate et les parties environnantes qui forment les parois de ce foyer sont recouvertes de fausses membranes. Les portions contiguës du foie et de l'estomac servent aussi de parois à un autre amas de pus; toutes ces surfaces sont aussi recouvertes de pseudo-membranes. De semblables productions circonscrivent dans les deux plevres des épanchemens séro-purulens; de plus, à gauche, existe une pleurésie inter-lobaire, également suppurée et renfermée dans de fausses membranes.

Le diaphragme, vers son centre, présente un point très aminci et compris entre deux inflammations ; peu de temps aurait suffi pour qu'une perforation s'y fût établie; un amincissement un peu moins avancé existe du côté opposé. A la base du poumon droit, là où pendant la vie avait été perçue de la crépitation, on ne trouve aucune phlegmagie parenchymateuse, mais seulement de l'œdême

Le tissu utérin est gorgé de sang et friable. On découvre dans le cerveau un petit tubercule enkysté.

M. Chomel s'est peu arrêté sur ce fait, si gros cependant de thèses intéressantes et des sujets les plus controversés de la pathologie; c'est pour cette raison, qu'à propos de tous les points qu'il a abordés, je soulèverai quelques uns de ceux qui s'y rattachent et qu'il s'est abstenu de discuter, parce que l'occasion ne se présentera pas souvent d'entrer largement dans cette matière.

Voyons d'abord le diagnostic, d'une manière générale, puis nous descendrons à ses particularités. Je ne pense pas qu'il soit indifférent de donner à cette maladie le nom de *peritonite puerpérale* ou *de fièvre puerpérale ;* en premier lieu, parce que le mot de *péritonite* est incomplet et faux ; en second lieu, parce que fût-il plus vrai et plus complet, il ferait naître des indications thérapeutiques vicieuses.

Une accouchée *ne nourrit pas son enfant ;* la fièvre de lait n'a pas lieu en son temps. Voilà une femme qui a frustré la nature; non seulement par son état de nouvelle accouchée elle se trouve dans des conditions spéciales d'innervation et d'hématose, où les causes les plus insignifiantes, et qui, dans tout autre moment, auraient été impuissantes contre son organisme, vont provoquer des réactions générales d'une forme particulière et empreintes du cachet puerpéral; mais de plus, une opération très importante de la nature a été empêchée dans ses résultats, et les produits de cette opération ont été privés de leur issue et de leur destination ; un élément humoral s'est encore ajouté aux

autres conditions morbifiques ! N'oublions pas qu'au milieu de ces dispositions générales, déjà si efficaces, quelques organes ont surtout acquis par le fait de la gestation et de l'enfantement, un surcroît de stimulation sanguine et nerveuse, une susceptibilité tels, qu'ils semblent n'attendre, qu'on me permette l'expression, que le moindre mouvement fébrile pour se congestionner, s'enflammer et devenir l'aboutissant de toutes les conséquences de la réaction générale qui s'est d'abord manifestée. Eh bien ! il vient à se déclarer, ce mouvement fébrile, et comme pour indiquer les besoins et les tendances de la nature, les seins se gonflent encore, mais ils ne doivent pas servir de terme au mouvement qui les fluxionne ; plusieurs portions de membranes séreuses, en premier lieu, celles du bas-ventre, les organes générateurs et quelques uns de leurs annexes ; puis, bientôt d'autres parties du péritoine, les plèvres, l'intestin par la diarrhée continuelle, la peau par les vésicules rapidement purulentes qui la couvrent ; tous ces organes sont, ou simultanément ou successivement compromis; ils se congestionnent, s'enflamment et déposent des produits nouveaux, ainsi la péritonite, la métrite, la diaphragmite, la pleurésie, l'entérite, la dermite, etc., etc. Je me réserve d'examiner tout à l'heure en quoi toutes ces lésions locales ressemblent aux autres inflammations, en quoi elles en diffèrent. Je crois qu'il n'est guères possible, en se plaçant, pour considérer le cas de notre malade, au point de vue des doctrines anciennes complétées, modifiées et rendues plus rigoureuses par les découvertes modernes, de ne pas s'en faire l'idée que je viens d'exposer.

M. Chomel professe, sur la pathologie générale et en particulier sur les fièvres, des opinions trop rapprochées de celles-ci, pour que je ne pense pas qu'il les partage, au moins dans ce qu'elles ont d'essentiel ; seulement, les lésions locales prennent bientôt dans ces cas une telle importance par leur étendue et surtout *par leur siége sur des surfaces non destinées aux éliminations morbides*, que ces lésions finissent par absorber toute l'attention et mériter une extrême importance ; c'est ainsi que je m'explique le diagnostic incomplet de M. Chomel. Je prie de remarquer que cette manière de voir n'est pas calculée et théorique, mais qu'elle résulte *immédiatement et sans la plus petite combinaison de l'esprit, de l'exacte observation des symptômes et de leur filiation naturelle. Il ne s'agit pour y arriver, que de ne pas intervertir l'ordre et la succession des phénomènes.* Cette remarque est de la plus haute importance.

Maintenant, si l'on veut supposer, ce qui arrive quelquefois, que les fluxions inflammatoires au lieu de s'accomplir sur des membranes sans ouverture, aient pour termes des surfaces muqueuses ou cutanées, cette maladie si grave, si constamment mortelle, devient simple et le plus souvent heureuse dans ses terminaisons ; et voilà pourquoi la diarrhée, les sueurs, la fièvre miliaire sont l'ancre du salut des nouvelles accouchées. De cette observation au traitement des maladies puerpérales, il n'y a pas loin. Il y aurait bien à discuter à présent le côté théorique de la question ; mais la clinique se passe facilement d'un pareil luxe ; l'examen du traitement provoquera du reste des considérations étiologiques qui rentrent dans ce sujet.

M. Chomel a reconnu, au début de sa formation, les deux pleurésies qui se sont si rapidement déclarées. Ce professeur a un talent remarquable pour découvrir au milieu d'une maladie grave les complications, et en particulier celles fournies par les organes de la poitrine ; il sait bien distinguer toutes ces surcharges de ce qui n'est que sympathique. Cette coexistence d'affections de même nature, ces phlegmasies disséminées sur une si grande étendue de membranes séreuses ; ces sudaminas purulens, cette diarrhée abondante, n'attestent-ils pas une altération générale, placée au dessus d'eux et leur source commune ? Qu'on ne vienne pas me dire que la plèvre s'est enflammée sympathiquement, etc., etc., parce que j'aurais alors le droit de demander aussi, si les sudamina du ventre étaient sympathiques de ceux qui existaient sur la poitrine, et si chez un phthisique les tubercules qui occupent le poumon droit ont été engendrés sympathiquement par ceux qui ont préexisté à gauche ; si chez un syphilitique l'exostose du tibia est le produit sympathique de celle du frontal, etc....., ce qui répugne. M. Chomel a établi des principes semblables, à propos des inflammations qui font explosion en plusieurs lieux dans les fièvres typhoïdes ; je pense qu'il ne peut pas en rejeter l'extension au cas dont il s'agit. Dès le premier jour, son pronostic a été très grave, et c'est de l'état général qu'il l'a tiré ; mais il croyait que ce pronostic devait se justifier beaucoup plus tôt. Je dois faire remarquer une circonstance que j'ai déjà eu l'intention d'indiquer en rapportant cette observation, savoir que la maladie avait parcouru le cercle de sa période aiguë, et qu'à l'époque de la mort, un état chronique commençait à succéder, car depuis quelques jours elle offrait tous les caractères des fièvres hectiques qui sont entretenues par des résorptions purulentes. Ainsi, chez cette femme, la nature avait fait face à tous les dangers de l'état aigu, et il n'a rien moins fallu que l'incarcération des produits morbides dans les cavités du ventre et de la poitrine, et une nouvelle infection du sang par leur résorption inévitable, pour entraîner une terminaison mortelle.

Avant de passer à la thérapeutique, n'est-il pas permis de demander à ceux qui prétendraient que les lésions du péritoine, des plèvres, de la matrice, de l'intestin, chez cette malade, étaient des inflammations ordinaires, ne différant en rien de l'état organique qu'on désigne sous ce nom, combien ils ont déjà vu, et combien la science possède de faits où la *coexistence d'une péritonite générale, d'une métrite, d'une double pleurésie et d'une entérite*, ayant les caractères de l'inflammation aiguë franche, *inflammationis acutæ et genuinæ*, n'aient pas été promptement mortels, avant même que toutes ces phlegmasies eussent achevé leurs cours..... Voyez de plus l'impuissance du traitement antiphlogistique pour les enrayer. Dans ce genre d'inflammations, la fluxion n'est pas plus tôt établie sur un organe, que sans presque d'élaboration intermédiaire, le pus est abondamment exhalé ; on pourrait dire que l'invasion du travail phlegmasique et l'épanche-

ment de son produit sont simultanés, et cela, sur mille points à la fois : *c'est comme une sueur de pus consécutive à la fièvre générale.*

Voyez à la peau : éruption, aspect inflammatoire, suppuration des vésicules qui la recouvrent, tout cela n'a, pour ainsi dire, fait qu'un temps. Quoi d'étonnant alors, si les antiphlogistiques sont sans influence? on les emploie probablement dans le but d'arrêter le travail inflammatoire ; mais à peine celui-ci a-t-il commencé, qu'il est déjà à sa fin ; des produits se sont formés, et l'opportunité de la médication cesse dès cet instant. Il est impossible de reconnaître, à de semblables caractères, l'inflammation telle qu'on se la figure ordinairement. Lorsque M. Chomel a prescrit les deux saignées qui ont été faites à la malade, du pus existait déjà très probablement, au moins dans le ventre.

Je ne veux pourtant pas contester l'utilité de ce moyen *tout à fait au début et sous l'influence de certaines constitutions.*

Les indications thérapeutiques de la fièvre puerpérale sont principales et accessoires. Il me semble évident, après avoir médité tout ce qui a été écrit d'un peu considérable sur cette matière, et d'après ce que j'ai vu moi-même, que les évacuans méritent de remplir les indications principales. Un état saburral des premières voies existe presque toujours chez les nouvelles accouchées, et il est même avéré que lorsque cet état ne se révèle par aucun des caractères qui le signalent ordinairement, les émétiques ont une action prompte et efficace. L'ipécacuanha jouit alors d'une espèce de spécificité, mais je crois que les purgatifs salins sont peut-être encore susceptibles d'un emploi plus général. Leur administration répétée n'a jamais rien de dangereux, et ils vont droit à l'élément principal de la maladie, tandis que les antiphlogistiques s'attaquent à la forme, à une indication en général secondaire. Ecoutez Stoll : «*Emeticis ergò aut purgantibus liberaliter usus sum et absquè metu.*» Les accidens inflammatoires lui en imposaient d'abord, mais il fut bientôt détrompé : « *Et cur aliter agerem ?* s'écrie-t-il, *nonne potiùs in morbum principem indagare oportebat, quàm eodem neglectò cum ejus quodam non magno symptomate colluctari ?* » Les évacuans étaient pour lui dans ces cas *medelam morbo parem.*

Je voudrais avoir assez d'espace, pour répandre, dans cette petite digression, au moins la substance des travaux si pratiques sur cette matière de Willis, Rivière, Boerhaave, Hulme, Leake, White, Selle (de Berlin), Grimaud, Borsieri, Levret, Puzos, Leroy, Doublet, Doulcet, etc., mais je crains de dépasser la part qui m'est permise dans cette revue. Je ne veux pas non plus m'engager dans la question des métastases laiteuses. Il y a loin de la manière dont je conçois le rôle de l'*élément laiteux* dans ces maladies, aux théories professées dans le siècle dernier ; je ne puis pourtant m'empêcher de dire, en passant, que la diathèse *laiteuse* de l'économie imprime à la fièvre plusieurs de ses caractères, tant symptomatiques qu'étiologiques aux localisations inflammatoires leur forme, leur marche, *quelque chose* de leurs produits, au traitement évacuant son privilége et son efficacité.

Les indications accessoires se déduisent des circonstances qui ont paru être l'occasion du développement de la fièvre puerpérale; c'est ainsi que les violences auxquelles ont pu être soumis, pendant le travail, les organes de la génération et les parties qui les entourent, sont la cause d'une métro-péritonite qui se déclare d'emblée et produit la fièvre, laquelle ne tarde pas à prendre le caractère puerpéral. C'est ici le cas des larges émissions sanguines locales et des frictions mercurielles sur le ventre, cela, sans préjudice des évacuans que l'état général réclame bientôt.

D'autres fois, la rétention de quelques portions de placenta qui fournissent à l'absorption des liquides viciés, l'introduction de l'air dans la matrice béante et non revenue sur elle-même donnent l'impulsion à la fièvre puerpérale, et ces cas présentent l'indication des injections d'eau tiède dans la cavité de l'utérus, etc..... Mais, je le répète, les évacuans sont la médication de l'*état puerpéral*, sauf les indications éventuelles à remplir. Chez notre femme, on a, pendant toute la maladie, lutté infructueusement contre le dévoiement involontaire qui existait. Je suis autorisé à me demander si cette abondante diarrhée devait être réprimée. « *Diarrhœas puerperarum non semper periculosas habeto.* » (BOERHAAVE.)

Rhumatisme articulaire aigu fébrile. — Disparition des douleurs. — Persistance de la fièvre. — Discussion sur cette dernière circonstance.

Une jeune fille, de santé ordinairement bonne, a un rhumatisme articulaire fébrile, sur lequel je passe pour arriver à la question délicate qu'une particularité de cette maladie a provoquée. Au douzième jour de ce rhumatisme affectant plusieurs articulations à la fois avec gonflement et fièvre assez vive, toute douleur cesse, toute tuméfaction des jointures a disparu, la fièvre reste néanmoins avec sa même intensité. Ce fait n'a rien de rare; M. Chomel le signale tous les jours ; je l'ai observé nombre de fois, et il n'est pas besoin du tout pour l'expliquer d'invoquer, comme je l'ai entendu faire dans une autre clinique, l'*hypothèse* d'une péricardite, parce que *cette supposition*, à l'aide de laquelle on cherche à secouer l'importunité d'une fièvre primitive, n'en impose pas à ceux qui ont quelque habitude du diagnostic des affections rhumatismales. Ce fait accuse aussi de vanité et d'erreur, ces essais au moins puérils de nomenclature, ne visant à l'exact et *au positif*, que pour atteindre le faux et l'illusoire, nomenclatures dans lesquelles le rhumatisme devrait s'appeler *une arthrite!*

Que penserait-on de celui qui croirait avoir donné une idée de la variole, de la gale, en disant sérieusement que ce sont des inflammations de la peau, des dermites? Comment l'existence du rhumatisme sans l'*arthrite* (en accordant à ce mot en lui-même la vérité qu'il est loin d'avoir) n'a-t-elle pas fait voir que cette rigueur de dénomination ne cache que pauvreté et mensonge? M. Chomel sait fort bien que dans ces cas, où les douleurs articulaires se sont

dissipées, la fièvre qui reste annonce *que la cause rhumatismale n'est pas éteinte*, et qu'on doit prochainement s'attendre à la voir envahir de nouveau les articulations, ou peut-être quelques membranes séreuses, autres que les synoviales, ce qui ne manque jamais; aussi, ce qui surprenait le professeur, dans le cas dont il s'agit, ce n'était pas l'existence idiopathique de la fièvre rhumatismale, mais sa durée insolite sans une récidive de la fluxion articulaire. Il est très rare que cette espèce de trève des douleurs locales avec maintien de la fièvre se prolonge au delà de deux, trois, quatre et cinq jours au plus; et ici, dix jours s'étaient écoulés depuis la délitescence de la fluxion des jointures, et la fièvre poursuivait son cours *uno tenore*, et l'examen le plus scrupuleux de tous les organes ne faisait rencontrer aucune lésion qui pût motiver cette imperturbable pyrexie..... Dans ces occasions, M. Chomel s'adresse à l'affection typhoïde pour avoir la raison du mouvement fébrile, car il professe qu'un état de fièvre continue qui dure depuis plus de dix à douze jours, sans être sous la dépendance de quelque phlegmasie ou autre lésion locale appréciable, se lie à l'affection des plaques de Peyer. Indépendamment de ce que pouvait fournir de lumières l'application de cette proposition générale sur la valeur de laquelle je veux revenir, la malade présentait-elle quelques symptômes qui pussent confirmer le soupçon d'une fièvre typhoïde? Le pouls battait cent vingt fois, mais sa forme, *sa qualité*, n'avaient rien de fébrile; c'était un pouls fréquent et rien de plus. Une diète prolongée amène le pouls à cet état. De plus, la peau n'était pas chaude; sa température n'avait rien de changé. On voyait bien sur le ventre une éruption *très abondante de sudamina purulens;* du gargouillement existait à la pression dans la fosse iliaque droite; la percussion donnait un son obscur dans la région splénique qui attestait un gonflement anormal de la rate, gonflement que plus rien n'indiquait deux jours plus tard, mais la malade souffrait impatiemment la diète; ses muqueuses n'étaient ni sèches ni injectées; elle dormait bien, était sans céphalalgie, bien qu'éprouvant encore un peu de faiblesse, surtout lorsqu'elle essayait de marcher; ses mouvemens étaient libres, sa figure avait une expression mobile *et même gaie*, etc..... Je conviens bien, avec M. Chomel, que des fièvres typhoïdes existent avec une marche si latente, qu'on voit des malades ne pas s'aliter pendant tout leur cours, et que l'affection n'a été reconnue alors que par quelques phénomènes qui lui sont exclusivement propres; qu'il n'a, par exemple, rien moins fallu, dans certains cas, que les signes d'une perforation intestinale, pour mettre sur la voie du diagnostic, etc., etc.; mais j'ai plusieurs bonnes raisons de croire que l'état de la jeune fille en question n'appartient pas à cette forme des fièvres graves. Avant de les exposer, je dois reporter l'attention sur la proposition générale de M. Chomel, que j'ai énoncée plus haut et qui rangerait tous les mouvemens fébriles continus et de quelque durée dans la classe des fièvres avec lésion spéciale des glandes de l'intestin. Il serait imprudent d'accepter cette loi d'une maniere aussi générale: la fièvre typhoïde, nous le confessons, est presque la seule qui donne lieu à un mouvement fébrile, durant dix à douze jours, sans une lésion locale appréciable, antérieure ou postérieure à l'invasion de la fièvre. Mais il est des fièvres en dehors de celle-ci, qui ne sont sujettes à aucune durée fixe, à aucun rhythme, à aucune terminaison susceptible d'être prévue, et qui, par cela même qu'elles ne compromettent pas la nutrition générale et les forces cachées qui l'entretiennent; par cela même qu'elles résultent d'une modification puissante, imprimée idiopathiquement et d'une manière purement dynamique à l'ensemble du système nerveux, peuvent long-temps et indéfiniment exister sans lésion locale ou générale de la nutrition qui les précède ou les suive. Telles sont certaines fièvres nerveuses et la fièvre rhumatismale; je pourrais en rapporter bien des cas irrécusables, empruntés à tous les âges et à tous les systèmes. De nos jours on en cite encore souvent, et j'affirme en avoir observé un assez bon nombre d'exemples. Ainsi, la proposition formulée par M. Chomel est parfaitement applicable aux fièvres où se mêle, comme principal ou comme accessoire, un élément humoral, et je dois dire que l'énoncé de cette proposition précieuse lui est due toute entière; elle perd sa valeur pour les fièvres nerveuses qui sont capables d'exister des *mois et des années*, sans troubler en rien la nutrition localement ou dans son ensemble.

Reste une autre question à éclaircir: Notre malade avait-elle la fièvre, parce que son pouls battait cent vingt fois par minute, et pour cela seul? M. Chomel partagerait-il l'opinion des iatro-mécaniciens sur la fièvre, et, comme Boerhaave et ses disciples, la ferait-il consister essentiellement dans la fréquence du pouls? Je ne puis le supposer.

La fièvre, qu'on fasse dériver ce mot de *fervere* ou de *februare*, ne saurait exister sans une modification de la chaleur organique principalement accrue; c'en est la condition *sine quâ non*. Or, la malade avait la peau très naturellement chaude. Aucune de ses exhalations et de ses sécrétions n'était altérée, *il n'y a pas de fièvres typhoïdes sans cela*. J'ai pu m'assurer que les urines étaient aqueuses et limpides. Quelle espèce de valeur ont des sudaminas ainsi isolés de tout autre signe qui puisse leur donner un sens dans le diagnostic de cette affection? Remarquons qu'ils étaient purulens et très abondans, ce qui veut dire que c'était une éruption miliaire.

D'ailleurs, il n'est presque pas, à l'époque où nous sommes, de maladie fébrile qui ne s'en accompagne, et ce n'est pas cette éruption-là qui est propre à l'affection typhoïde. Ayant examiné et interrogé cette malade avec beaucoup de soin, j'ai été frappé d'abord d'une desquammation complète des pieds et des mains qui se faisait par larges lanières, absolument comme dans la scarlatine; de plus, la maladie a débuté *par du frisson, une fièvre vive et une forte esquinancie*, après la résolution de laquelle les jointures sont devenues gonflées et douloureuses, avec recrudescence de la fièvre. J'ai dû m'informer si la peau avait été rouge, etc. La malade a répondu négativement; mais à

l'époque où l'éruption aurait dû exister, elle était chez elle, et il arrive très souvent que la rougeur scarlatine est si peu prononcée et si diffuse, que les malades et les personnes même qui les entourent ne l'aperçoivent pas. J'ai vu, sur huit cas de scarlatine, dans lesquels l'éruption n'avait pas été très prononcée, six fois le rhumatisme articulaire se déclarer immédiatement ou peu de temps après la disparition des plaques rouges, et dans quelques uns de ces cas, la desquammation ne se faire qu'après la guérison du rhumatisme. Cette jeune fille aurait-elle eu une scarlatine? Je n'oserais pas l'affirmer. Notons toujours que la supposition de ce cas rendrait compte aussi de l'hypertrophie passagère de la rate, car dans la scarlatine comme dans la fluxion typhoïde, comme dans toutes les maladies où le sang est altéré, la rate acquiert un développement pathologique. On sait de même combien cette affection porte de trouble dans le système circulatoire; dans les convalescences, le pouls conserve une grande fréquence avec petitesse, et souvent même irrégularité, *sans que pour cela il y ait fièvre.* J'avoue que la succession, à l'époque du printemps, d'une fièvre angineuse, d'un rhumatisme articulaire qui ne dure que douze jours, d'une desquammation par larges plaques des pieds et des mains; puis, enfin, de la persistance d'une fréquence anormale du pouls, sans chaleur fébrile, engage fort à l'admission d'une scarlatine, dans laquelle l'éruption aurait été de peu d'abondance et de peu de durée, circonstance si commune. Au reste, le temps a apporté d'autres élémens pour juger la question. Il y a plus de quinze jours que M. Chomel émettait l'opinion que j'ai discutée, et aujourd'hui, la malade conserve la même fréquence du pouls; bien mieux, sa peau est constamment recouverte d'une sueur chaude et profuse; c'est actuellement toute sa maladie; cent dix pulsations plus développées qu'après la cessation du rhumatisme articulaire, des sueurs chaudes, abondantes, continuelles, mais revenant surtout par *bouffées* qui l'inondent, la soulagent plutôt qu'elles ne l'affaiblissent; les muqueuses humides, quoiqu'un peu injectées; de la constipation; une soif vive et de tous les instans; des urines très copieuses et très limpides, avec cela de l'appétit et passablement de forces; un excellent état de nutrition qui permet un embonpoint croissant; voilà ce que plusieurs grands observateurs du dix-huitième siècle ont appelé une fièvre rhumatismale; c'est le quatrième exemple que j'observe d'un état semblable. Qui pourrait répondre que sans cette *fièvre sudatoire* la malade n'aurait pas essuyé une anasarque? M. Chomel a négligé ce cas important, et je dois aussi le quitter; il m'a mené assez loin.

Érysipèles, angines, rhumatismes.

Ces maladies sont celles que Sydenham appelait fièvres intercurrentes, c'est-à-dire qu'on observe à toutes les époques de l'année, indépendamment des affections épidémiques, et qui, pour avoir des expressions symptomatiques diverses, n'en sont pas moins le même fond de maladie, eu égard surtout à la marche, au pronostic, à leurs fréquentes conversions les unes dans les autres, et aux indications thérapeutiques qu'elles présentent. « *Nullus dubito febrem ipsam pro morbo primario habendam, reliquosque affectus à quibus ut plurimùm morbi isti nomen mutuentur symptomata esse, etc.....* » Les érysipèles sont surtout bien fréquens depuis quelque temps, et ils ne paraissent pas être d'*origine gastrique*, pour parler comme Stoll; on les voit survenir pendant la dernière période ou même la convalescence des maladies aiguës, dont ils semblent être la dernière scène. L'époque de l'année où nous sommes renferme sans doute la raison et de leur fréquence et de leur forme. Cette remarque est ancienne, et déjà consignée dans le troisième livre *des Épidémies*: « *Vere autem valdè multis contigerunt erysipelata, etc.* » *Ver calidum et humidum est, ideò sanguinis incrementum fit.* Au sujet des érysipèles, M. Chomel s'est surtout arrêté à une circonstance importante de leur histoire à savoir, ce fait signalé par Frank et Borsieri, du gonflement douloureux des ganglions lymphatiques du cou dans l'imminence de l'érysipèle de la face.

Ce signe précieux a souvent permis à M. Chomel de prédire l'invasion très prochaine d'un érysipèle. On sent assez quel immense bénéfice un médecin peut retirer de la connaissance de cette particularité. Il paraît qu'elle existe non seulement pour cette sorte d'érysipèle, mais pour ceux de toutes les parties du corps, avec gonflement préalable bien entendu, des ganglions qui sont dans le département de la portion de peau qui va devenir le siége de l'exanthème érysipélateux.

Voici comment, à cet égard, s'exprime Borsieri: « *Illud etiam probè memoriâ tenendum est, quod crebris observationibus constitit, si erysipelas artubus inferioribus incubiturum sit, inguinis et femoris glandulas conglobatas, vasis cruralibus adsitas, antequàm se exserat, leviter dolere atque intumescere consuevisse; axillares verò ac cervicales si brachiis aut superioribus locis immineat.* »

Trois malades sont actuellement à la clinique, qui ont offert ce phénomène. L'un est une jeune fille qui vient d'achever un des plus graves érysipèles que j'aie jamais vus. Le 17 mai, préludes fébriles tels que ceux qui signalent les fièvres graves, engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires, érysipèle phlycténoïde qui rampe lentement sur toute la face, atteint le cuir chevelu, qu'il occupe successivement dans toute son étendue, gagne les oreilles, la nuque, menace de descendre derrière le tronc, lorsqu'un vésicatoire appliqué sur sa limite, le borne définitivement. Pendant ce temps, fièvre des plus ardentes, délire presque continuel, évacuations involontaires, dysphagie, ensemble de symptômes, en un mot, qui pouvaient faire redouter une extension de l'érysipèle aux méninges. M. Chomel s'est constamment tenu sur ses gardes. Quatre saignées ont été pratiquées, des vésicatoires et des sinapismes appliqués à plusieurs reprises aux extrémités, de nombreuses évacuations alvines ont constamment été provoquées par le sulfate de soude, etc. Ces accidens n'en ont jamais imposé au professeur pour l'invasion d'une méningite; et, à ce pro-

pos, il a dit longuement, et avec beaucoup de vérité, que, dans les maladies aiguës, le délire, les phénomènes cérébraux étaient dans la majorité des cas secondaires, soit sympathiques de la lésion inflammatoire existant ailleurs, soit produits par la même cause générale qui portait le trouble dans toutes les autres fonctions. Ce pronostic a été justifié par l'événement, et cette jeune fille est actuellement en convalescence. Combien de praticiens auraient prétendu à la guérison d'une méningite? Ceux-là ignorent que, dans les cas où l'érysipèle gagne *un siège plus noble* que la peau, celle-ci cesse d'être fluxionnée, et des symptômes bien autrement graves se déclarent : *Erysipelas foris quidem extare, utile; intrò autem vergere, lethale. Cujus rei indicium est, quùm, rubore evanescente, pectus gravatur et ægrius spiritum trahit æger.* (Hipp.)

Je crois que le subdelirium qu'elle présentait vers les derniers jours de son affection, n'était ni sous la dépendance de la fièvre, qui alors n'existait plus, bien que le pouls battît 108 fois par minute; mais alors il était petit, *vide*, *la peau fraîche*; ni sous celle de la phlegmasie érysipélateuse qui, partout alors était en pleine desquammation; mais sous l'influence de la diète, de la débilitation causée par un traitement actif, de la durée intense de la maladie, et de l'éréthisme amené par la stimulation excessive et la stupeur éprouvées par le cerveau pendant la période de plus grande activité. C'était le délire que les Anciens appelaient *vain*, *delirium inane*, ou bien, *fatuitas*. Je n'en veux d'autre preuve, que sa cessation chez notre malade, par l'ingestion de quelques bouillons. On sait que l'érysipèle a ce trait de ressemblance avec le rhumatisme, les angines, les affections catarrhales, en général, qu'il est très sujet à récidive.

M. Chomel fait remarquer, avec beaucoup de raison, que les premiers érysipèles sont toujours les plus longs et les plus graves. Or, cette jeune fille était, comme dit Sennert, *proto-erysipelatosa.*

Lorsque la résolution était presque partout achevée, une nouvelle éruption s'est faite à la pommette du coté gauche, avec très légère recrudescence des symptômes généraux. M. Chomel a annoncé que cette réapparition serait très éphémère : le lendemain elle était déjà presque effacée. A la fin du troisième septenaire, une épistaxis fort peu abondante est survenue après l'invasion d'une vive céphalalgie et d'une tension extraordinaire du nez. Le soulagement n'a été que peu marqué. C'est pourtant de ce jour que date la convalescence affermie. En considérant l'érysipèle du point de vue des fièvres exanthématiques, manière de voir qui me paraît la plus voisine de la vérité, celui dont je viens d'esquisser l'histoire aurait bien des points de contact avec une variole confluente (il n'est question que des fièvres exanthématiques *in genere*). Jamais des signes de solution ne se sont montrés; le pouls a toujours été dur, serré, nerveux, *un pouls d'irritation*, c'est-à-dire qui annonce que l'organisme réagit toujours contre une cause qui ne s'épuise jamais, ou se renouvelle incessamment; car notons que, dans certains érysipèles, la fièvre tombe presque tout entière lorsque l'éruption est achevée. Je vais en citer un cas. Comme dans les exanthèmes confluens, la peau n'a pas semblé suffire à l'éruption, deux jours après l'application du vésicatoire qui a paru borner la marche envahissante de l'érysipèle, une bronchite intense s'est déclarée, et la malade n'en est pas encore exempte. J'ai vu plus de trente cas d'érysipèle de la face traités par la plus pure expectation, et jamais ne sont survenus les plus légers accidens cérébraux. L'érysipèle faisait régulièrement *le tour de la face*, et quelquefois de toute la tête, et au bout de sept, huit et neuf jours, dans les premiers cas; de onze, douze, treize ou quatorze jours, dans les seconds, tout était fini. M. Chomel a pour habitude de saigner pour peu que l'érysipèle ait d'intensité, et de donner des purgatifs salins, des bains de pieds sinapisés. Certes, il serait injuste ici d'attribuer les symptômes cérébraux et la gravité de toute la maladie au traitement actif qui a été institué dès le début. Je dois ajouter qu'il était commandé par plus d'une raison, et qu'il faudrait encore se conduire ainsi, le cas échéant. Une observation des plus intéressantes, et qui pourrait prêter à des considérations de pathologie générale bien belles et bien utiles, c'est que très souvent l'érysipèle de la face se déclare chez des personnes qui ont habituellement quelque point du visage enflammé, boutonneux, excorié, croûteux, etc....., et commence à se faire voir autour de ce lieu. Ce n'est pas à dire pour cela que l'érysipèle soit tout local, et n'aie pas sa raison d'existence dans l'état général qui le précède; mais la détermination *de l'élément anatomique de la maladie* vers tel ou tel point des tégumens de la face paraît souvent avoir pour condition le fait de cette épine qui devient le centre de la fluxion érysipélateuse. Notre malade avait depuis long-temps *mal dans le nez*, et c'est de ce point que l'érysipèle s'est étendu aux autres parties.

Un homme est depuis quelque temps à la clinique, atteint d'une affection organique du cœur. Sa figure, un peu bouffie, participe à l'état de légère leucophlegmatie de tout le corps; il ressent quelques préludes fébriles et une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, puis bientôt une rougeur érysipélateuse se montre sur le nez, et s'étend de là à plusieurs parties de la face. Cet érysipèle est œdémateux, comme on devait s'y attendre. L'engorgement des glandes lymphatiques du cou et du tissu cellulaire environnant devient considérable, une angine se déclare, et aussitôt M. Chomel porte un grave pronostic, parce qu'il était juste de supposer que cette angine dût partager le caractère œdémateux des autres phlegmasies qui venaient de la précéder. Les saignées et les révulsifs ne sont pas épargnés; nonobstant, une grande gêne de la respiration se manifeste. Le doigt porté au fond de l'arrière-bouche n'atteint pas ce bourrelet élastique signalé comme pathognomonique de l'existence d'un œdème de la glotte; l'inspiration et l'expiration sont également laborieuses, et le malade meurt bientôt par les progrès rapides de l'affection aiguë du larynx et de tous les symptômes de la suffocation. A l'autopsie, indépendamment d'une énorme hypertrophie du cœur et de quelques

autres lésions des organes de la circulation et de la respiration, on rencontre, à la partie supérieure des voies aériennes, ce qui avait été annoncé pendant la vie; seulement, l'œdème portait plutôt sur ce repli muqueux qui va des côtés de l'épiglotte aux cartilages arythénoïdes, que sur les lèvres de l'ouverture qui constitue la glotte elle-même; tous les tissus adjacens manifestaient aussi des traces de phlogose œdémateuse. A eux seuls, ces obstacles supérieurs, à l'entrée de l'air dans les poumons, n'eussent peut-être pas suffi pour entraîner aussi rapidement la mort; mais en s'ajoutant aux troubles fonctionnels qui résultaient déjà, chez cet homme, des graves lésions du centre circulatoire, leur efficacité n'a été que trop grande. Ce fait présente surtout à considérer : l'existence de l'engorgement douloureux des glandes lymphatiques du cou, précédant un érysipèle de la face; le cachet de gravité imprimé à des affections toujours exemptes de danger, par le fait d'une habitude leucophlegmatique et les modifications à apporter au pronostic de ces affections lorsqu'elles surviennent dans des conditions semblables; l'impuissance du traitement antiphlogistique à arrêter la marche des érysipèles et des angines; la question de savoir jusqu'à quel point la trachéotomie était applicable à ce malade.

L'histoire du troisième sujet affecté d'érysipèle primitif n'offre d'autre intérêt que celui de la circonstance commune aux deux cas précédens, savoir : la fluxion douloureuse préalable des ganglions sous-maxillaires. M. Chomel attribue à Frank le mérite d'avoir appelé l'attention sur ce fait intéressant, qui pourtant n'avait pas échappé à la sagacité de Galien; F. Hoffmann le signale aussi bien expressément. Reste à parler des érysipèles survenus à la suite d'autres affections. J'ai à faire sur eux quelques réflexions qui ne se sont pas présentées à l'esprit de M. Chomel.

Une femme et un homme, convalescens de fièvres typhoïdes, sont pris d'érysipèles de la face. L'homme en a deux successifs, le second moins intense que le premier, ce qui sanctionne encore cette ancienne assertion, que l'érysipèle est d'autant moins grave que le malade en a eu un plus grand nombre antérieurement.

Une fille de vingt-six ans est sujette au rhumatisme aigu fébrile, dont elle a essuyé trois attaques depuis quatre ans, après avoir habité un bâtiment neuf et encore humide. La dernière est celle pour laquelle elle est entrée à la clinique. Cette attaque a été très vive, toutes les articulations des membres supérieurs ont été successivement envahies, avec une fièvre intense. Quinze jours de durée, avec une saignée et des boissons tempérantes. Elle se disposait à quitter l'hôpital, lorsqu'un matin on trouve toute sa face énormément gonflée par un érysipèle miliaire qui l'a occupée d'emblée et comme par explosion sur tous les points à la fois. La peau est énormément soulevée par la fluxion; les paupières sont si tuméfiées, qu'elles ne peuvent s'ouvrir, enfin, cet érysipèle a l'aspect ordinaire, si ce n'est qu'il est surmonté de myriades de petites vésicules si serrées, qu'elles donnent à la peau une apparence fortement chagrinée; rougeur et épaisseur de la langue hérissée de nombreuses villosités, *pas de tuméfaction des ganglions cervicaux; apyrexie; aucun trouble fonctionnel*, excepté de la céphalalgie. Une saignée pratiquée la veille a laissé les choses *in statu quo*. Le lendemain, tout était effacé; il ne restait qu'un peu de rougeur, presque plus de gonflement; la céphalalgie s'était dissipée, la langue était devenue rose et humide. Le surlendemain, la face avait complétement repris son apparence ordinaire, et depuis ce moment la santé paraît parfaitement rétablie. Les faits du genre de celui-ci étaient ce qui avait motivé, chez les anciens auteurs, l'admission d'un érysipèle critique. On voit, en effet, après des fièvres graves ou des maladies fébriles aiguës quelconques, dont la convalescence s'établit mal, ou plutôt ne s'établit pas, bien que l'affection principale ait parcouru toutes ses périodes; on voit, dis-je, apparaître soit des érysipèles, soit des furoncles, soit des phlegmons, etc....., et le retour assuré de la santé n'être garanti que du jour où se décident ces mouvemens retardataires. C'est pour en éviter les chances, qu'après toutes les maladies fébriles et surtout exanthématiques, les anciens médecins donnaient des purgatifs. Les deux premiers exemples que j'ai rapportés appartiennent à cette classe.

Ces érysipèles offrent cela de particulier, qu'on n'est pas averti de leur imminence par le gonflement douloureux des ganglions lymphatiques, tel qu'il s'observe au début des érysipèles primitifs; que leur durée et leur étendue sont bien moins considérables; qu'en général, au lieu de ramper insensiblement ils apparaissent presque simultanément sur toute la surface qu'ils doivent occuper, et que le léger mouvement fébrile qui précède leur invasion tombe dès que celle-ci est consommée.

L'examen de ces considérations devrait engager à leur conserver la dénomination d'*érysipèles critiques*. Quant à l'érysipèle miliaire de la malade rhumatisante, il faut noter que chez cette malade la fièvre rhumatismale n'avait pas fait son temps ordinaire et *que lorsqu'un rhumatisme articulaire général et fébrile* ne remplit pas au moins trois septenaires, le malade est à peu près pendant tout le temps *qu'aurait dû durer son rhumatisme* sous une menace de récidive, ou de la même maladie, ou de quelqu'une de celles qui semblent n'être qu'une expression symptomatique différente d'une cause essentiellement la même; je veux parler de l'érysipèle, des sueurs abondantes, de l'angine catarrhale, du dévoiement, etc..... Je n'ai pas besoin de faire observer que cet érysipèle a eu tous les caractères que j'ai dit plus haut être propres aux érysipèles critiques. Quant à sa forme miliaire, ce n'est pas chose commune sporadiquement. Il y a eu des épidémies de fièvres érysipélateuses miliaires. Sydenham, entre autres, en a été témoin. Outre les érysipèles idiopathiques et critiques, les Anciens avaient aussi établi une division pour les érysipèles symptomatiques. Ce n'est presque jamais la face, mais le tronc ou les membres qui sont le siége d'élection de cette forme bien plus dangereuse que les érysipèles primitifs. Ils surviennent au milieu des cachexies, et alors, ou bien ils se fixent, et c'est pour devenir phlegmoneux; ou

ils ne se fixent pas, et alors rien ne les arrête, le tégument externe semble quelquefois ne pas leur suffire; ils pénètrent par les ouvertures naturelles, et n'ont, dans certains cas, pas achevé leur progrès qu'ils ont déjà tué, à cause de l'importance de la surface muqueuse qu'ils ont atteinte. Les tuberculeux avancés, les sujets arrivés aux dernières périodes des affections cancéreuses, les vieillards, les cacochymes, périssent souvent par de semblables érysipèles. Ce qui m'a conduit à en parler, c'est le cas d'un homme que j'ai vu, à la Clinique, avec une pleurésie latente, probablement entretenue par des productions accidentelles du poumon, et qui a été pris d'un érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras, pour le traitement duquel on l'a fait passer dans un service chirurgical. On sait que par le fait de certaines constitutions atmosphériques ou individuelles, les plaies des opérations sont souvent compliquées d'érysipèles trop souvent bien graves, et que j'ai vus plusieurs fois mortels. Ils sont de la même famille que ceux dont je viens de tracer quelques caractères.

Les angines offrent pour traits de ressemblance avec les érysipèles, de régner aux mêmes époques, de leur succéder et de les remplacer, comme les érysipèles leur succèdent et les remplacent; d'être précédées très souvent de tuméfaction douloureuse des ganglions cervicaux; de s'étendre et d'achever leur cours en dépit des saignées et des sangsues; de se changer facilement en affections rhumatismales; d'être très sujettes à récidiver; d'avoir des résolutions plus promptes et plus complètes, lorsque sur la fin de leur durée du dévoiement se déclare, ou qu'un purgatif est administré. Tout ceci s'applique spécialement aux angines catarrhales.

Les émissions sanguines locales ou générales sont, suivant M. Chomel, d'une inutilité absolue contre l'angine tonsillaire, et elles ont quelque efficacité dans l'angine sans gonflement inflammatoire des amygdales, l'angine qui n'est caractérisée que par la rougeur et la légère tuméfaction de toutes les parties qui concourent à former l'isthme du gosier, c'est-à-dire l'angine catarrhale. Les premières sont des angines *fixes*, profondes, parenchymateuses, il faut qu'elles achèvent leur cours là où elles l'ont commencé, jusqu'à la suppuration inclusivement; elles se lient souvent à un état saburral des premières voies; les émétiques seuls alors paraissent en puissance de les faire rétrograder, et comme le dit M. Chomel, les antiphlogistiques y échouent toujours. Les secondes sont rhumatiques, c'est-à-dire mobiles, superficielles, sans tendance à la suppuration; une fluxion spontanée ou artificiellement provoquée sur un autre point du tégument interne ou externe les déplace aisément; c'est ainsi que je m'explique l'action quelquefois utile des sangsues appliquées autour du cou dans ces angines, car vu leur origine rhumatismale et l'inefficacité des *pertes de sang* dans cette classe d'affections, ce n'est pas à la spoliation sanguine qu'on est, je crois, en droit d'attribuer une pareille action des sangsues. Un sinapisme ou un vésicatoire autour du cou, telle était la méthode qui, dans les angines catarrhales, réussissait merveilleusement à Stoll: *Anginas, ut ut graves, ortas à rheumate aut sinapismus aut vesicans toti collo anteriori applicatum insigniter mitigavit, et abolitam deglutiendi difficultatem intrà horas non multas restituit;* tandis que dans les angines tonsillaires (*Anginæ tumidissimis tonsillis et meatum sese contingendo intercludentibus.*) rien de cela ne profitait pas plus que les saignées: *Venæ sectio debebat institui at perparùm indè levaminis; vesicans ut aliàs in anginâ rheumaticâ non profuit, etc.... Deglutitio anteà abolita statim à vomitu restituebatur.....* J'ajoute que j'ai souvent employé avec avantage les purgatifs salins dans les angines catarrhales. Deux exemples de ces sortes d'angines ont paru à la Clinique pendant le mois de mai: l'un chez une femme *qui n'en avait jamais éprouvée*, intense, descendant très bas dans le pharynx, ayant été précédée de vingt-quatre heures de fièvre vive après une suppression de transpiration. Du délire s'y est joint pendant quelques instans, ce qui a motivé des lavemens laxatifs, une saignée et une forte application de sangsues. Je ne pense pas que ces moyens aient eu quelque influence sur la terminaison de la maladie au dixième jour, durée naturelle des plus graves, chacun le sait. Le dernier travail de M. Louis, sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires, est encore bien de nature à confirmer cette observation. La seconde de ces angines, chez un jeune garçon très sanguin, a été modérée par une saignée dans ses phénomènes généraux. Elle avait été précédée d'un appareil fébrile. Du frisson initial à l'abondante expuition pituiteuse qui, ordinairement, est le signal de la résolution, il s'est écoulé six jours, durée naturelle des plus bénignes.

Je suis forcé de remettre, à la prochaine revue, de fort importantes leçons de M. Chomel, sur les épanchemens pleurétiques, les ictères, l'emploi des toniques dans les fièvres typhoïdes, médicamens que ce professeur manie dans ces cas avec une rare hbaileté. J'aurai surtout des questions du plus haut intérêt diagnostique à discuter, à propos de certaines affections de l'estomac et de l'utérus, etc., etc...., sur le compte desquelles M. Chomel me semble trop exclusivement dominé par des idées qu'il sait mieux secouer dans ses leçons et ses écrits que dans sa conduite thérapeutique.

H. Pidoux, D.-M. P.

III. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, OU DE L'ACTION PURE DES MÉDICAMENS HOMOEOPATHIQUES, par Samuel Hahnemann, *traduit de l'allemand* par J.-L. Jourdan.

Il n'est aucun médecin qui ne connaisse aujourd'hui, sinon les détails de la doctrine homœopathique, au moins les prétentions de cette doctrine, qui n'annonce rien moins que le pouvoir de guérir la plupart des maladies, tant aiguës que chroniques, en quelques jours, souvent en quelques heures, et sans convalescence.

Chacun sait que c'est en administrant des médicamens à un degré inoui d'atténuation que doivent être opérées ces merveilles, et qu'il suffit que ces médicamens soient capables de produire sur l'homme en santé des symptômes identiques, ou, au moins, analogues à ceux qui constituent la maladie qu'on veut guérir.

Il a donc fallu déterminer, par expérience, quelle série de phénomènes, chaque substance médicamenteuse, convenablement préparée, est capable de développer dans l'organisme vivant.

C'est le résultat de ces expériences que publie, dans le livre que nous analysons, l'auteur lui-même de la doctrine homœopathique.

Ces expériences furent faites par M. Hahnemann ou par ses élèves. Dans l'impossibilité où nous sommes de constater l'exactitude des résultats obtenus, nous nous abstiendrons de toute discussion sur cette partie de l'ouvrage, nous bornant à examiner les idées de l'auteur sur la manière dont on doit considérer les maladies et diriger leur traitement; idées développées par lui dans la préface et les prolégomènes de son livre. — Quant aux maladies, l'auteur regarde leur essence comme à jamais voilée aux yeux des hommes (et suivant nous il a raison), et il les définit : « Des altérations dynamiques de l'état de notre organisme et de notre vie. » Les hommes ne peuvent guérir ces altérations « qu'au moyen de substances capables de produire des modifications dynamiques dans l'organisme humain, de *désaccorder* dynamiquement l'état de l'homme en général, et, par conséquent, de rendre malade l'homme en santé. »

Il est évident que les symptômes produits sur l'homme en santé par ces modifications dynamiques (médicamens), seront : ou *différens* de ceux qu'on a à guérir, ou *contraires* à ces derniers, ou, enfin, qu'ils leur seront *analogues*. Il s'agit donc de déterminer, par expérience, de laquelle de ces trois manières ils devront agir sur l'organisme, pour produire une guérison rapide et durable.

S'il s'agissait seulement de donner, pour guérir une maladie, un médicament produisant sur l'homme en santé des symptômes différens de ceux de cette maladie, c'est-à-dire agissant allopathiquement, le premier médicament venu suffirait. Or, ce n'est pas ce qu'on observe dans la pratique journalière.

Quant aux médicamens capables de déterminer des symptômes contraires à ceux qu'on veut guérir, ils ne produisent jamais qu'une guérison passagère, qu'un soulagement de très courte durée. Et le raisonnement seul ferait prévoir ce résultat à tout homme qui aurait la moindre connaissance des lois de l'organisme, lequel réagit toujours avec force contre tous les agens de trouble, et tend à déterminer, par antagonisme, précisément le contraire de l'affection qu'il a reçue du dehors.

Il reste donc à opposer aux maladies, des médicamens capables de produire sur l'homme en santé des symptômes *analogues* à ceux de ces maladies, c'est-à-dire agissant homœopathiquement. Or, l'expérience de M. Hahnemann et celle de ses élèves, vient chaque jour apporter de nouvelles preuves en faveur de la justesse de cette prévision.

Qu'on ne s'imagine pas, qu'en produisant une maladie médicamenteuse chez un homme atteint déjà d'une maladie analogue, l'organisme se trouve plus chargé qu'auparavant. *L'unité de sa vie ne permet pas qu'il souffre simultanément de deux désaccords généraux semblables, et il faut que l'affection dynamique présente* (maladie) *cesse dès qu'une seconde puissance dynamique* (médicament) *agit sur lui.*

Certainement, si cette dernière proposition était démontrée, M. Hahnemann aurait complètement raison ; mais tant s'en faut que nous puissions la regarder comme un axiôme.

L'auteur de la doctrine homœopathique reproche avec amertume aux nosologistes les classifications qu'ils ont faites des maladies. Celles-ci sont toutes des individualités, des faits isolés qui ne se reproduisent jamais sous la même forme, à moins, cependant, qu'elles ne soient produites par un *miasme fixe*, comme la syphilis, la gale, etc.

Il semble, ici, que l'auteur tombe dans l'absurdité qu'il critique dans les nosologistes. Car, qui soutiendrait que la syphilis, la rougeole, la gale, se reproduisent toujours avec les mêmes symptômes ?

Ces maladies sont produites par un *miasme fixe....!* Qui vous l'a dit ? Pourquoi ce miasme fixe ne produirait-il pas des *symptômes fixes ?* A quoi reconnaître sa fixité, sinon à celle des symptômes ? Et qui empêcherait, alors, un nosologiste de vous dire qu'une fièvre catarrhale ou péripneumonique, par exemple, est produite par un miasme fixe, qui ne donne pas toujours lieu à des symptômes identiques, mais qui, comme celui de la syphilis, se reconnaît à certains caractères généraux ? Assurément il y a moins de différence entre les symptômes qu'éprouve un pneumonique qui crache du sang et qui éprouve un violent point de côté, et un autre pneumonique qui ne crache pas de sang et qui n'éprouve pas de point de côté, qu'entre un homme qui porte un chancre à la gorge, et un autre qui est atteint d'un bubon ou d'une blennorrhagie.

A l'appui de ces idées théoriques, et pour indiquer, comme le lui ont demandé beaucoup de médecins, la marche à suivre dans l'examen des symptômes morbibes, et dans l'application des moyens de guérison, l'auteur a consacré le paragraphe VII à deux exemples de traitemens homœopathiques.

En lisant ce titre, je m'attendais à voir enfin lever tous mes doutes ; il faut l'avouer, j'ai été grandement désappointé.

Chez le premier des deux malades, dont l'histoire est rapportée, l'auteur, se gardant bien de donner un nom à la maladie, indique sept symptômes remarquables, et huit chez le second.

Le premier fut traité par une goutte de suc de bryone non étendu ; le second, par une *demi-goutte de la quadrillionième partie d'une forte goutte de suc exprimé de pulsatille.*

La guérison, chez les deux malades, eut lieu en moins de vingt-quatre heures.

C'est là un beau résultat.

Mais je déclare, sur l'honneur, que je ne conçois absolument rien aux motifs qui ont déterminé l'auteur à choisir la bryone et la pulsatille.

En effet, le livre de matière médicale pure, que j'analyse en ce moment, nous montre une somme de 781 symptômes divers éprouvés par les individus qui ont pris de la bryone. Et qui croira que la bryone était justement le remède homœopathique indiqué, parce que dans ces 781 symptômes il s'en trouve 7 d'analogues (1) à ceux qu'éprouvait le malade? Même observation pour la pulsatille, qui n'a pas fait éprouver moins de 1153 symptômes, bien tranchés à ceux qui en ont pris. Et c'est parce que 8 de ces 1153 symptômes se rencontrèrent chez le second malade, que vous lui avez administré de la pulsatille! Nul doute, à ce compte, que parmi les 1145 symptômes restans, on ne trouve de quoi appliquer la pulsatille à la plupart des maladies qui affligent l'espèce humaine.

Ces deux exemples de traitemens homœopathiques, loin de lever les difficultés que j'apercevais tout à l'heure, n'ont fait que m'en montrer de nouvelles.

Quel est le médecin qui pourrait rester auprès d'un malade, pour noter, heure par heure, tous les symptômes que celui-ci pourra éprouver? Où trouver un malade capable de s'observer avec toute la minutie qu'exige la médecine homœopathique, et, surtout, qui sache exprimer clairement ses sensations? lui qui ne connaît pas le langage médical!

Si cette minutie dans l'observation des symptômes est inutile, s'il suffit, comme dans les deux exemples cités, d'en noter sept ou huit, quelle difficulté de comparer ces sept ou huit symptômes morbides aux dixaines de milliers de symptômes médicamenteux notés dans la matière médicale pure? surtout quand on réfléchit que, parmi ces derniers, les 9/10 se retrouveront produits par dix, quinze ou vingt substances différentes.

M. Hahnemann répond à cette question, que lui adressent beaucoup de personnes: Comment se fait-il que des doses de médicamens aussi petites que celles qu'emploie l'homœopathie, puissent agir sur l'économie animale? C'est, suivant l'auteur, par le mode de préparation, que la vertu dynamique des médicamens s'exalte au point de produire des effets dont on ne se doutait pas avant lui. Comme chacun connaît à peu près ces modes de préparation, nous n'en parlerons pas; les bornes qui nous sont prescrites, nous empêcheraient, d'ailleurs, d'aller au delà d'une exposition sommaire, insuffisante à ceux qui n'ont pas lu le livre de M. Hahnemann, et inutile à ceux qui le connaissent.

(1) C'est par pure condescendance si j'accorde que les symptômes morbides étaient analogues aux symptômes médicamenteux. Car, pour ne parler que d'un seul, il est dit a l'article bryone que cette substance cause des insomnies *avant minuit*. Or, le malade en question ne pouvait dormir que *jusqu'à trois heures du matin*. Querelle de mots! direz-vous; cela serait vrai en médecine ordinaire; mais c'est tout autre chose en médecine homœopathique, où l'on distingue avec soin une douleur tractive, d'une douleur pressive ou pulsative, un vertige léger d'une obnubilation légère. Si mon objection est minutieuse, les détails minutieux que vous donnez sont inutiles; si ces derniers sont nécessaires, mon observation subsiste.

Qu'il nous soit permis, à cette occasion, de relever une contradiction de l'auteur: c'est la manière dont il prépare ses médicamens, qui leur donne, suivant lui, l'énergie qui les distingue; et il nous traite comme des empoisonneurs, parce que nous en donnons de plus grandes doses que lui! Soyez donc conséquent. Si c'est le médicament qui agit indépendamment de tout mode de préparation, vous en donnez des doses ridiculement petites; si c'est votre préparation seule qui le rend actif, nous n'empoisonnons personne, en donnant des doses, même énormes, de médicamens presque inertes. Nul doute que si nos remèdes avaient une énergie proportionnelle à celle que vous attribuez aux vôtres, aucun malade ne résisterait à un grain d'émétique, et il y aurait, dans une salade de pissenlits, de quoi empoisonner le monde entier.

Quant au style de l'auteur, il est énergique; mais, en vérité, un peu plus de politesse ne lui nuirait pas. A quoi servent ces déclamations sans nombre, ces menaces de la colère divine contre ceux qui ne croiront pas au nouveau messie? A quoi servent surtout les injures prodiguées aux médecins de l'antiquité, qui ne sont pourtant pas cause s'ils ont eu le malheur de venir au monde avant le professeur de Leipsick, et les médecins du temps présent, qui, bien qu'ayant le bonheur d'être ses contemporains, peuvent bien, cependant, ne pas renoncer, sans discussion, à ce qu'ils ont appris, sans être, pour cela, des brouillons (page 17), des filous, des athées et des ivrognes (pag. 68), des faussaires et des imposteurs (page 75), des pédans et des paresseux (page 76).

Prenez-y garde! si l'enthousiasme est souvent la marque de la conviction, il ne convertit guère que les gens incapables de raisonner.

Vous nous demandez à être jugé par l'expérience, et vous nous enjoignez, surtout, de faire nos expériences avec bonne foi, de *nous abstenir de tout faux!*

A cela, je puis répondre: Nous, qui cherchons la vérité sans prévention, qui n'avons, ni ennemis à calomnier, ni idoles à encenser, nous sommes tellement de bonne foi, que, pour expérimenter votre méthode, nous n'avons pas même voulu nous en rapporter à nous, qui n'étions pas initiés à vos mystères. Nous avons dit à vos partisans les plus renommés: Agissez sur nous; agissez sur des malades que voici, exposés à la vue de tous. Et vos partisans n'ont fait sur nous et sur les malades que des tentatives sans résultat. Aujourd'hui, malgré ces insuccès, nous ne nions pas même encore votre véracité, et nous voulons bien croire que les expériences ont été mal faites. Mais nous disons, à notre tour, à vos adeptes: *Si vous êtes de bonne foi*, recommencez vos essais avec tout le soin dont vous serez capables; mais engagez-vous, à l'avance, à publier hautement les résultats tels qu'ils auront été obtenus.

Vous le voyez, nous vous faisons la partie aussi belle que possible; mais nous voulons jouer cartes sur table.

H. Belloc, D. M. P.

QUARANTA GIORNI..., etc.; c'est-à-dire LES QUARANTE JOURS DE LA CLINIQUE HOMOEOPATHIQUE, *établie à l'hôpital militaire de Naples, sous la direction du chevalier Cosme de Horatiis et d'une commission de médecins; exposés avec des réflexions, par le chevalier* PASCALE PANVINI, *médecin de l'hôpital Della Pace, etc.; ouvrage dédié à Hippocrate.* — Naples, 1829; in-8° de 187 pag. (1).

Un *essai de clinique homœopathique* annonçait que des fièvres simples, en très grand nombre, avaient été guéries en deux ou trois jours; des angines tonsillaires phlegmoneuses et graves, en trois jours; des pleuro-pneumonies très graves, en six jours; des fièvres gastriques-nerveuses avec menace de typhus, en cinq jours; une fièvre avec érysipèle de la tête, en six heures (le sujet chez lequel cette guérison avait eu lieu, était un médecin homœopathe, le docteur Nicolas Laraja); des rougeoles compliquées de typhus et d'affections vermineuses, en quatre ou cinq jours; des blennorrhagies avec ulcères et orchites, en vingt-six jours, et des blennorrhagies simples, en treize jours; des palpitations de cœur qui avaient résisté aux méthodes ordinaires, avaient disparu comme par enchantement et dans un clin d'œil, etc. Tant de merveilles excitèrent vivement l'attention des médecins de Naples; chacun désirait en être témoin; un projet d'expériences fut présenté au roi, qui l'approuva et en ordonna l'exécution. Il fut décidé :

1° Qu'une commission assisterait à la préparation et à l'administration des médicamens; que cette commission serait composée de deux professeurs de l'université, appartenant à la Faculté de médecine, de deux membres de l'Académie médico-chirurgicale, de deux membres de l'instruction publique et des chefs de service de l'hôpital;

2° Que ces commissaires, après avoir constaté l'atténuation des remèdes homœopathiques, placeraient lesdits remèdes dans une boîte solide, fermant bien, avec deux serrures différentes, dont les clefs seraient remises, l'une au directeur de la clinique, l'autre aux commissaires chargés de suivre le traitement;

3° Que la salle de clinique n'aurait qu'une seule porte de communication gardée par une sentinelle; qu'elle aurait toutes les conditions requises pour être salubre; qu'elle ne contiendrait pas plus de quinze à vingt lits, et que deux médecins assistans, l'un au choix du médecin traitant, l'autre au choix des commissaires, tiendraient un registre exact de tout ce qui arriverait aux malades, des phases de leur maladie, de leur régime, des guérisons et des décès, s'il y avait des décès;

4° Que l'admission des malades atteints d'affections aiguës ou chroniques, serait au choix du médecin traitant et des commissaires, avec cette condition, que le médecin traitant ne serait pas obligé d'accepter les malades reconnus incurables, ni ceux dont la maladie mal déterminée, équivoque, ne serait pas regardée comme propre à des expériences positives;

5° Que les commissaires ayant déterminé le genre de maladie, le médecin traitant ferait l'exposé des symptômes, administrerait le remède et prescrirait le régime;

6° Que chaque jour l'état de chaque malade serait constaté par le médecin traitant et par les commissaires.

Ces règles établies, il s'agissait de procéder à la préparation des médicamens, ou, comme le dit le docteur Panvini, à leur atténuation. Les homœopathes ont adopté pour multiplicateur dans leurs atténuations, le nombre *cent*. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un médicament liquide, on en prend une goutte que l'on mêle à cent gouttes d'esprit de vin, c'est la première atténuation, ou dilution; pour la seconde dilution, il faut dix mille gouttes, et ainsi de suite, en multipliant toujours par cent, jusqu'à la trentième ou même à la quarantième dilution.

Le docteur Panvini a compté combien il faudrait d'alcool pour la dilution d'une goutte médicamenteuse, et combien il faudrait de sucre pour l'atténuation d'un grain de substance pulvérulente, afin d'arriver à la trentième et à la quarantième dilution.

La première dilution d'une goutte de teinture de camomille, par exemple, exigerait, comme il vient d'être dit, cent gouttes d'alcool.

La seconde, dix mille gouttes, ou à peu près une livre.

La troisième, cent livres ou environ un baril.

La quatrième, cent barils.

Et d'encore en encore, la neuvième autant d'alcool qu'en pourrait contenir le lac d'Agnano.

La douzième, cent millions de lacs d'Agnano.

La dix-septième, dix mille mers Adriatiques.

La trentième, autant d'alcool qu'en pourrait contenir le globe terrestre, tout notre système planétaire et peut-être toutes les étoiles de première et de deuxième grandeur que l'on peut découvrir dans une belle nuit d'été; à quoi il faudrait ajouter, pour la quarantième dilution, toutes les constellations que l'on découvre de l'un à l'autre pôle.

Quant à ce qui concerne les substances pulvérulentes, des proportions analogues.

Pour les personnes qui regarderaient comme impossibles ces dilutions à l'infini, M. Panvini indique la méthode abrégée suivie par les Hanhemaniens, et qui consiste à prendre à chaque dilution, non pas la totalité du liquide que l'on veut diviser, mais la centième ou la cent millième partie seulement, de telle sorte, que pour arriver à la trentième dilution, il suffit de trente petits flocons, dont chacun contiendrait cent gouttes d'alcool.

C'est avec des médicamens ainsi divisés que les expériences ont été faites.

Dans le choix des malades, les commissaires avaient soin d'éloigner ceux qui leur paraissaient avoir besoin d'un traitement énergique et prompt, afin de n'exposer la vie de qui que ce fût.

D'abord on essaya si certains malades ne guériraient pas sans qu'on leur fît aucun remède. Dix malades furent ainsi mis en observation; le

(1) Nous devons à M. Esquirol la communication de cette notice biographique.

médecin traitant voulait les médicamenter ; les commissaires en décidèrent autrement, et les dix malades guérirent. L'un d'eux avait une fièvre gastrique; le médecin homœopathe voulait lui faire prendre une goutte de teinture de fève de Saint-Ignace à la douzième dilution, représentant la quadrillionième partie de la goutte primitive ; ce qui, d'après le calcul du docteur Panvini, équivaut à une dilution dans autant d'alcool qu'en pourraient contenir cent millions de lacs d'Agnano. Le médecin homœopathe protesta contre l'expectation, il craignait, disait-il, qu'un jour de retard ne compromît la vie du malade ; les commissaires firent leurs efforts pour le rassurer, ils comptaient sur une crise. Cette crise arriva pendant la nuit. Le lendemain on donna la demi-portion, et deux jours après la guérison était parfaite.

L'homœopathie se fût honoré de ces guérisons, qui pourtant ne peuvent être attribuées qu'aux efforts de la nature.

Passant ensuite aux cas dans lesquels le traitement homœopathique a été employé, M. Panvini parle des maladies légères qui ont été guéries, mais sans qu'on ait pu reconnaître, dans le traitement, aucun des effets attribués aux remèdes homœopathiques. Ces cas sont au nombre de six : ce sont deux ophthalmies, deux rhumatismes, une blennorrhagie simple, et une fièvre gastrique légère ; toutes maladies dans lesquelles le traitement mis en usage a été de nul effet, et qui aurait guéri par le régime seul, peut-être même sans le régime.

Dans une troisième série se trouvent rangées des maladies plus graves ; elle est intitulée : *Cas qui exigeaient l'assistance de l'art, et dans lesquels la médecine homœopathique s'est montrée tout à fait impuissante.* Je rapporterai avec détail une des observations contenues dans cette série. Il s'agit d'une pleurésie aiguë.

Observation. — Un soldat, âgé de vingt-cinq ans, après avoir abusé des liqueurs spiritueuses et s'être refroidi, éprouva de la douleur dans le côté gauche de la poitrine, et il eut de la toux. Envoyé à l'infirmerie, on lui donna quelques pilules d'opium, et il ne tarda pas à reprendre son service avant d'être entièrement rétabli. Le 10 avril, s'étant refroidi pendant qu'il était en sueur, il sentit une violente douleur au côté. Le 11, on le conduisit à l'hôpital, où il fut saigné et mis à la diète.

Le 13 avril, lors de l'ouverture solennelle de la clinique homœopathique, il fut reçu le premier, examiné et mis en traitement le troisième jour de sa rechute. Il présentait les symptômes suivans : Pouls dur, battant cent vingt fois par minute; visage animé; langue blanche ; respiration gênée; toux avec expectoration facile, mais striée de sang ; douleur sous les côtes gauches s'étendant jusqu'à l'épaule du même côté ; difficulté de se coucher sur le côté gauche.

On lui donne une goutte d'aconit de la vingt-quatrième dilution (ce qui répond à une goutte de teinture dissoute dans cent millions de globes terrestres en esprit de vin), *et pour régime de l'eau sucrée et un bouillon.*

Il survient pendant l'après-midi une légère exacerbation, dont le médecin homœopathe rend grâce au ciel, et qui lui fait annoncer au moins une grande amélioration pour le lendemain. Le malade prend le soir une nouvelle dose du remède.

Le 14 avril, quatrième jour de la maladie, second du traitement homœopathique, les symptômes de la veille persistent ; la douleur du côté est plus vive ; il est survenu de la céphalalgie ; pouls un peu dur, d'abord à cent vingt, puis à cent vingt-six; difficulté de respirer, douleur, inquiétude. Une évacuation alvine suivie de faiblesse.

Le 15, le pouls à cent vingt-six; tous les autres symptômes aggravés (*on donne un quart de goutte de teinture de bryone de la trentième dilution; pour régime, un quart de poulet que le malade prend avec plaisir*). Pendant le jour, évacuations bilieuses ; alternatives de bien et de mal.

Le 16, la douleur de côté est plus vive ; sensation douloureuse sous les côtés gauches; urines jaunes, sédimenteuses (*huitième de goutte de bryone de la trentième dilution; bouillon; eau sucrée*).

Le 17, soulagement ; un peu d'appétit; évacuation bilieuse; nuit inquiète ; toux avec crachats striés de sang ; douleur de côté plus vive.

Le 18, douleur de tête; délire, plaintes, inquiétude ; toux et crachats striés de sang ; deux évacuations bilieuses et fétides (*lait étendu d'eau; un peu de viande pour nourriture*). Après le repas, exacerbation qui dure toute la nuit.

Le 19, même état ; même prescription que la veille.

Le 20, évacuation alvine fétide ; sueur ; pouls à cent cinq, un peu irrégulier ; expectoration gélatineuse avec des traces de sang (*une goutte de la trente-unième dilution du rhus radicans*). La nuit, peu de repos ; toux sèche et fréquente ; une goutte de sang sort de la narine droite.

Le 21 et le 22, un peu de mieux.

Le 23, la fièvre est moins forte ; mais la douleur de côté est plus vive ; la respiration difficile, laborieuse ; les crachats visqueux, écumeux, blancs ; la toux rare, l'expectoration striée de sang, les joues rouges, ainsi que la langue ; pouls presque naturel.

Le 24, pas de changement important.

Le 25, *on fait odorer au malade un petit flacon contenant la trentième dilution de l'aconit, et pour régime on lui donne un quart de poulet bouilli.* Le soir et la nuit, toux très fréquente ; expectoration peu abondante, visqueuse, spumeuse et en partie puriforme, avec des stries de sang.

Le 26 et le 27, pas de changement (*une goutte de digitale de la quinzième dilution*).

Le 30, *une goutte de noix vomique de la trentième dilution.*

Le 1er mai, vomissement bilieux.

Le 4 mai, vingt-quatrième jour de la maladie et le vingt-deuxième du traitement, fièvre ; crachats puriformes et striés de sang (*un grain de pulsatille de la douzième dilution; pour régime, un vermicelle au bouillon et une soupe au lait.*

Le malade reste à peu près dans le même état jusqu'au quarantième jour de la maladie, époque à laquelle, dit M. Panvini, nous avons cessé d'assister à la clinique.

Les réflexions qui suivent cette triste expé-

périence sont graves; les médecins qui ont vu ce malade et qui étaient chargés de le traiter, ont à se reprocher de n'avoir pas suivi les préceptes consacrés par le temps, préceptes dont l'accomplissement eût, selon toutes les probalités, amené la prompte guérison du malade.

Dans les autres observations de la troisième série, il s'agit de maladies syphilitiques, d'ophtalmies, d'entérites, qui toutes ont acquis un caractère plus grave pendant le cours du traitement homœopathique, et pour la guérison desquelles il a fallu recourir aux médications ordinaires.

Enfin dans une quatrième et dernière série, M. Panvini rapporte les expériences qu'il a faites lui-même avec des remèdes préparés par des homœopathes, sans qu'il en soit jamais résulté aucun effet. Au nombre de ces remèdes sont la staphysaigre, la bryone, la belladone, la pulsatille, etc.

En résumé, il est résulté des quarante jours du traitement homœopathique fait sous les yeux de la commission nommée par le roi de Naples, que ce traitement a été de nul effet, et qu'il a eu le grave inconvénient, pour certains malades, de retarder l'emploi des remèdes qui pouvaient les guérir.

Cependant le médecin traitant était M. de Horatiis, le médecin qui avait annoncé, l'année précédente, des guérisons si merveilleuses, et l'auteur de la brochure intitulée : *Essai de médecine homœopathique*. Seul, ou entouré de médecins partisans comme lui de l'homœopathie, il avait opéré des prodiges; en présence de la commission, non seulement il n'a guéri personne, mais il a laissé empirer l'état de plusieurs malades, pour la guérison desquels il a fallu recourir aux traitemens ordinaires.

IV. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Mars et Avril.*)

Le cahier de mars renferme quelques mémoires assez dignes d'être connus et analysés ; mais comme ils ne sont qu'à leur première partie et doivent être complétés dans les numéros subséquens, nous attendrons pour les reproduire que les auteurs aient livré la dernière partie de leurs travaux. Le cahier d'avril ne donne pas encore la suite de ces mémoires; il offre seulement d'intéressant à mentionner : *quelques observations de ligature des artères axillaire, cubitale et tibiale postérieure, avec quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques et leur traitement*, par M. Bérard aîné, *professeur de la Faculté, chirurgien de l'hôpital St.-Antoine.* Les conclusions suivantes en découlent naturellement: 1° On peut tirer quelques inductions diagnostiques et thérapeutiques de la présence ou de l'absence du pouls dans le membre dont l'artère principale a été blessée. (L'observation qui a donné lieu à cette proposition a pour sujet un soldat, dont le bras gauche fut labouré à sa partie interne par une balle qui mit à nu et disséqua, pour ainsi dire, l'artère brachiale. Alors il ne se manifesta point d'hémorrhagie ; la balle fut retirée et la plaie pansée simplement. Au bout de quinze jours, se déclare une hémorrhagie abondante, dont on se rend maître par la compression. — Une semaine après même accident, mais plus considérable encore. — On se décide à lier l'artère axillaire. — Le tourniquet enlevé et l'écoulement du sang n'ayant pas lieu, *le pouls est senti à l'artère radiale.* Cette circonstance permit à M. Bérard de se rendre compte des particularités offertes par cette blessure. Il pensa avec raison que la persistance du pouls radial ne pouvait trouver son explication que dans une ouverture latérale de l'artère d'abord oblitérée par un caillot qui, en se détachant, donna lieu à la première hémorrhagie, laquelle cessa pour se reproduire plus tard, d'après le même mécanisme, et qui, dans ses intervalles, ne devait en rien retarder ou suspendre la circulation de l'avant-bras, puisque alors les tuniques artérielles étaient momentanément rendues à leur intégrité par l'office du bouchon organique. Cette possibilité de reconnaître par la persistance du pouls si la blessure d'une artère a divisé celle-ci complétement ou n'a fait que produire un pertuis latéral, est d'une grande importance pronostique et thérapeutique, car, dans le premier cas, la suspension de l'hémorrhagie est presque toujours définitive, et on peut se dispenser de recourir à un moyen hémostatique extrême ; l'absence du battement de l'artère au dessous de la plaie peut alors faire porter ce jugement, au lieu que dans le second, cette suspension de l'hémorrhagie n'est que passagère, et le chirurgien doit toujours craindre de la voir se reproduire; la continuation des battemens de l'artère au dessous de la plaie lui indique alors qu'il faut en venir à la ligature, sous peine d'accidens rapidement mortels ou d'un anévrisme faux consécutif sur le trajet du vaisseau lésé.)

2° La ligature de l'artère principale d'un membre peut modifier le travail inflammatoire qui siégeait dans ce membre après l'opération. (Cette autre conclusion dérive encore d'une circonstance présentée par le cas que je viens de faire connaître. Chez ce malade, l'étendue de la désorganisation, puis surtout l'application du tourniquet, avaient déterminé dans le membre une inflammation des plus considérables, tenant tout à la fois du phlegmon et de l'œdème ; eh bien ! cette grave complication disparut merveilleusement après la ligature de l'axillaire, comme par défaut d'aliment. Cela se conçoit très bien.)

3° La présence d'un phlegmon dans un membre, dont on lie l'artère, augmente les chances de rétablissement de la circulation par les voies collatérales. (Ce n'est pas seulement le *vis à tergo* qui met en mouvement le sang dans les subdivisions de l'arbre circulatoire ; une foule de faits démontrent que souvent l'afflux de ce liquide a lieu sous l'influence d'une sorte d'attraction ou d'aspiration opérée par les tissus vivans ; or, c'est dans les petits vaisseaux que ces forces qui font mouvoir le sang indépen-

damment de l'action du cœur, s'exercent surtout, et ces petits vaisseaux sont ceux qui servent au rétablissement de la circulation par les voies collatérales ; mais le travail inflammatoire active considérablement les fonctions du système capillaire, et en faisant prédominer l'action de ce système, il lui permet d'acquérir assez de capacité et de puissance pour suppléer bientôt à la suspension de la circulation dans l'artère principale de la partie.)

4° Il faut s'abstenir, autant que possible, pendant qu'on pratique la ligature d'une artère, de la faire comprimer entre le cœur et le point sur lequel on opère. (Dans une observation de ligature de l'artère cubitale, M. Bérard, gêné, dans l'opération, par la quantité excessive de sang fourni alors par l'artère lésée, fit comprimer, suivant le conseil des auteurs, dans le lieu d'élection ; mais cette méthode détermina une telle stase du sang veineux, et par suite, un ruissellement si général et si fâcheux pour l'exécution sûre du procédé opératoire, qu'il fit comprimer le vaisseau dans la plaie même, et se délivra ainsi de tous les inconvéniens attachés au mode ordinaire ; et puis, il faut, de cette manière et par l'application des doigts, si peu de force, que la personne la plus inexpérimentée peut servir d'aide au chirurgien.)

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(*Mars et Avril.*)

Traitement des fièvres typhoïdes par les purgatifs répétés ; par M. Piédagnel. — Il n'est bruit depuis quelque temps que des succès de M. Delaroque à l'hospice Necker et de M. Piédagnel à l'Hôtel-Dieu, par les purgatifs répétés, et comme traitement unique dans la fièvre typhoïde. Je vais rapidement analyser les résultats obtenus par M. Piédagnel, exposer les indications qui le guident dans cette nouvelle voie, car l'espace me manque pour discuter la valeur absolue et relative de ces résultats et de ces indications ; d'ailleurs les occasions se présenteront bien sûrement de le faire plus tard : ce point de thérapeutique ne pouvant manquer d'être apprécié expérimentalement par une foule de médecins de nos hôpitaux et de la province.

Pour tous les malades qui se sont présentés dans mon service, dit M. Piédagnel, j'ai suivi la marche que voici : le lendemain de leur entrée, s'ils étaient gravement affectés, je commençais le traitement immédiatement, sinon, j'attendais un ou deux jours. Ce traitement consistait en un purgatif tous les jours ou tous les deux jours : pour boisson, une solution de sirop de groseilles, et pour alimens trois bouillons. Je ne me suis écarté de ce régime dans aucun cas ; seulement je le modifiais suivant les circonstances : ainsi, quand un purgatif léger ne produisait que peu d'évacuations, j'en administrais un plus fort ; puis je laissais reposer le malade. Quand il existait naturellement des selles, un purgatif léger était donné tous les jours ; le gargouillement abdominal était une indication que je ne manquais pas de saisir ; le météorisme surtout quand il tendait à se développer, était un motif de recourir à des purgatifs beaucoup plus énergiques. Par ces moyens, les malades avaient presque toujours de 6 à 10 selles en 24 heures, quelquefois beaucoup plus, et cependant un nombre considérable de selles durant depuis plusieurs jours, n'était pas une contre-indication, car un purgatif les faisait quelquefois diminuer. Quelques malades ont été purgés une ou deux fois dans le cours de leur maladie, d'autres l'ont été jusqu'à dix, douze et même seize fois ; le plus souvent trois ou quatre purgatifs suffisaient. Jamais l'état du ventre ne m'a fourni de contre-indication : une douleur vive dans un des points de l'abdomen, par exemple, cédait ordinairement au premier ou au deuxième purgatif et ne résistait jamais au troisième. Les substances qu'employait M. Piédagnel étaient : l'eau de Sedlitz gazeuse à la dose de deux verres à une bouteille ; quelquefois une solution d'une ou deux onces de sel d'Epsom ; l'huile de ricin de demi-once à deux onces ; l'huile d'épurge de six à dix gouttes ; un grain ou deux de tartre stibié dans du bouillon aux herbes ; la décoction de séné ; le calomel, et enfin l'huile de croton à l'intérieur ou par la méthode endermique. M. Piédagnel, du 1er juin 1834 au 1er mars 1835, a eu à traiter 134 malades. De ce nombre, 115 ont été guéris, 19 sont morts, ce qui met la proportion à 1 sur 7,1719 ; de ces fièvres typhoïdes, 69 ont mérité le nom de *simples et légères :* toutes ont été conduites à une franche guérison ; 49 sont notées comme ayant appartenu à la *forme adynamique* de Pinel ; sur ce nombre on compte 39 guérisons ; enfin les 16 restant ont offert la *forme ataxique ;* de celles-là, 7 seulement ont échappé à la terminaison fatale. Certes, ces chiffres parlent haut, surtout quand on compare les résultats qu'ils expriment avec ceux obtenus par d'autres méthodes, dans la même année, dans le même hôpital et dans les autres hôpitaux ; et dût cette médication ne pas être adoptée seule et généralement, on pourrait néanmoins tirer un grand parti des vérités qu'elle tend à faire renaître et à confirmer.

Du traitement des maux de gorge et de quelques inflammations des autres membranes muqueuses, par le sulfate d'alumine et de potasse, par M. Velpeau. — M. Velpeau a étendu aux angines simples l'emploi topique de l'alun que jusqu'ici on n'avait employé que contre les angines spécifiques, comme la pultacée, la diphtéritique, etc., etc. Telle est, d'après les faits nombreux qu'il rapporte, l'efficacité de cette facile médication, que dans les angines tonsillaires les plus prononcées, la douleur et la fièvre manquent rarement de diminuer après la première ou la deuxième application, et que l'amélioration augmente ensuite par degrés, de telle sorte que le troisième ou quatrième jour, quelquefois même dès le lendemain, une convalescence franche et complète se décide. L'effet le plus remarquable de ce traitement est la cessation presque subite de la fièvre et le changement qui s'opère dans le timbre de la voix. Il semblerait, dit M. Velpeau, qu'un principe délétère introduit dans l'organisme, vient d'être détruit tout à coup et que le mal se réduit aussitôt aux difficultés mécaniques en rapport avec

l'excès de volume des parties. On se sert d'alun en poudre et de la manière suivante : Après avoir mouillé le doigt indicateur de salive ou d'eau, on le roule dans l'alun de manière à en enlever une couche épaisse qu'on dirige très bien dans le pharynx, tandis qu'avec l'indicateur de l'autre main ou le manche d'une cuiller, on tient la tête abaissée. Un pinceau de charpie, de linge fin ou d'éponge remplirait aussi ce but ; mais le doigt offre l'avantage d'exiger moins d'apprêt et de porter mieux le médicament partout où on le désire, d'en faire pénétrer dans les anfractuosités, dans les excavations des glandes malades et des parties voisines, dans tout le pharynx, derrière le voile du palais et même jusqu'à l'entrée du larynx. On renouvelle cette manœuvre deux ou trois fois par jour, en se gargarisant dans les intervalles avec une forte solution d'alun.

L'âpreté causée par la poudre alumineuse, d'abord fort désagréable, ne tarde pas à disparaître. M. Velpeau en a aussi constaté la prompte efficacité dans les stomatites par pincement de la membrane muqueuse contre les dents molaires.

H. Pidoux, D.-M. P.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

North american archives of medical et surgical sciences.

Le journal de Baltimore, dont nous avions regretté la cessation, vient de reparaître sous un nouveau titre ; le nom de M. le docteur Geddings nous est un sûr garant que la publication nouvelle ne sera pas au-dessous de l'ancienne, dont la direction lui était déjà confiée.

Octobre 1834.

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Bulletin clinique de l'infirmerie de Baltimore*, par l'éditeur (le docteur Geddings, professeur d'anatomie et de physiologie en l'université de Maryland) ; 2° *Observations sur la staphyloraphie*, par le docteur Smith, professeur de chirurgie en l'université de Maryland ; 3° *extrait d'un recueil d'observations*, par le docteur Geddings ; 4° *remarques sur le fungus hæmatodes*, par le docteur Smith ; 5° *deux observations d'anémie*, par le docteur Geddings ; 6° *cas d'invagination*, par le docteur Baer. — *Mélanges.*

Staphyloraphie. — Tout en reconnaissant le mérité et l'importance de la staphyloraphie, et en attribuant la gloire de cette découverte à M. Roux, bien que l'opération eût été essayée avant lui, M. Smith se plaint de l'effrayante multiplicité des instrumens employés par l'illustre chirurgien français. Il adresse le même reproche à M. Hosack, qui, à New-York, exécute la suture du voile du palais avec la plus grande habileté. Pour lui, il a fait de nécessité vertu : appelé dans deux cas trop pressans pour qu'il eût le temps de se procurer des instrumens qu'il ne possédait pas, il a dû se servir de ceux qu'il avait sous la main. Il emploie une aiguille en fer de lance, courbée en un demi-cercle de cinq lignes environ de diamètre, et montée sur un manche. Au lieu de chas, cette aiguille est munie, sur une de ses arêtes, derrière l'angle obtus du fer de lance, d'une simple coche, dans laquelle on engage le fil, et dont l'angle postérieur est moins saillant que l'antérieur, pour qu'il n'accroche point les parties molles. Après avoir placé un bouchon de liége entre les dents molaires du patient, on introduit l'aiguille dans la bouche, et on la fait pénétrer d'arrière en avant dans la luette qu'on fixe, s'il est nécessaire, avec une pince mousse. Le fil ciré qui s'était maintenu dans la coche, tant qu'elle marchait d'arrière en avant, s'en échappe dès qu'elle marche d'avant en arrière ; dans le cas contraire, on le saisit avec la même pince qui avait tenu la luette immobile. On passe de la même manière une autre ligature à travers le bord du palais divisé, pour rafraîchir les bords du voile, on tire en avant le fil qui traverse la luette ; le voile devient alors horizontal, et l'excision de son bord est pratiquée facilement à l'aide de ciseaux ou d'un bistouri à lame étroite. On procède de la même manière pour faire passer l'autre extrémité des ligatures dans la portion opposée du voile ; seulement, pour en rafraîchir le bord, il faut avoir soin de tirer au dehors de la bouche l'anse de fil qui va d'un côté à l'autre, pour n'être point exposé à la couper. Il est facile ensuite de faire, avec les deux extrémités de chaque fil, un nœud qu'on pousse, avec les deux index, jusqu'au fond de la bouche ; et après avoir serré convenablement les parties, on coupe l'excédant des ligatures.

Extraits d'un journal d'observations. Oblitération de la partie membraneuse de l'urètre ; ponction de la vessie ; restauration du canal. — Un jeune homme de vingt-huit ans, charpentier, tomba d'une certaine hauteur à cheval sur l'arête d'une planche ; le périnée fut violemment contus, et le cours de l'urine suspendu momentanément. L'ischurie diminua d'abord avec l'inflammation, puis elle augmenta de nouveau, et devint complète. Entré à l'hôpital, on essaya vainement de le sonder ; l'obstacle était situé derrière le bulbe, et se présentait sous la forme d'une corde résistante de plusieurs lignes de longueur. On dut recourir à la ponction de la vessie ; elle fut pratiquée, faute d'un trocart, avec un bistouri ordinaire, immédiatement au dessus du pubis. Une sonde de femme fut introduite dans la plaie en suivant le dos du bistouri ; celui-ci fut retiré en même temps. La sonde fut maintenue en place avec un lien passé autour du corps.

Dès lors on s'efforça d'amener la résolution de l'inflammation que l'opération avait déterminée, et le troisième jour on fit de nouveaux efforts pour introduire la sonde par la voie ordinaire ; ils furent complétement inutiles. Alors on introduisit une sonde d'argent jusqu'à l'obstacle, et l'on tendit le périnée avec le bout de l'instrument ; on pratiqua ensuite une incision qui s'étendait, sur le raphé, depuis le bulbe de l'urètre jusque près de l'anus ; la peau étant ainsi divisée, on disséqua avec soin le tissu cel-

lulaire pour arriver au bec de la sonde. Dès qu'on l'eut mis à découvert, on divisa la portion endurcie du canal jusqu'à la partie antérieure de la glande prostate, au niveau de laquelle l'urètre reprenait ses dimensions ordinaires; la sonde entra immédiatement dans la vessie. Le malade fut remis dans son lit, les cuisses rapprochées, et la sonde maintenue en place par un bandage convenable. Le deuxième jour, après l'opération, l'on introduisit sans difficulté une sonde de gomme élastique.

Le cours naturel des urines étant ainsi rétabli, on supprima la sonde de femme placée au dessus du pubis, et l'ouverture fut fermée en deux ou trois jours. La plaie du périnée ne tarda pas à se cicatriser, et le malade sortit radicalement guéri, le soixante-quatrième jour après son entrée à l'hôpital.

Fungus hæmatodes. — M. Smith pense que le cancer, sous la forme encéphaloïde, est bien plus sous l'influence des fonctions nutritives qu'on ne l'admet généralement, et il croit avoir obtenu la résorption de quelques tumeurs de cette nature par l'usage de l'iode et du mercure, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Voici un nouveau fait à l'appui de son opinion. Une pauvre femme était affectée d'un fungus hæmatode occupant la cloison recto vaginale. Un écoulement sanieux habituel, des hémorrhagies fréquentes, et la sortie de portions de matière encéphaloïde, mêlés de caillots, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. La tumeur fut enlevée avec l'instrument tranchant; mais au bout de quelques semaines, elle repullula. M. Smith perdit la malade de vue. Long-temps après, il l'examina de nouveau et fut étonné de voir que le fungus avait disparu spontanément; mais plusieurs tumeurs, présentant les caractères du fungus commençant, se montraient autour des mamelles. Après un intervalle encore assez long, ces tumeurs s'évanouirent à leur tour, mais les glandes de la région iliaque, au dedans de l'abdomen, étaient devenues le siége du mal, qui, cette fois, se termina par la mort. L'autopsie prouva que la dégénération encéphaloïde avait envahi ces glandes et celles du mésentère, et qu'elle se reproduisait dans le vagin.

—

MÊME JOURNAL.

Novembre 1834.

ARTICLES ORIGINAUX. — *Cas chirurgicaux observés* par le docteur Smith : 1° *état morbide du cordon spermatique simulant la hernie;* 2° *excision de l'astragale :* 3° *observations cliniques sur l'usage des bandages;* 4° *extirpation des amygdales.* — *Pathologie du système nerveux*, par le docteur Geddings; *observations* : 1° *apoplexie, guérison, mort dans une seconde attaque;* 2° *apoplexie, mort au bout de quelques heures;* 3° *épanchement sanguin sur toute la surface du cerveau;* 4° *apoplexie, suite de réplétion excessive de l'estomac;* 5° *hydropisie générale, mort par apoplexie nerveuse;* 6° *fracture de la portion écailleuse du temporal, lésion de la partie correspondante du cerveau;* 7° *tétanos à la suite d'une blessure superficielle de la face;* 8° *tétanos;* 9° *convulsions reparaissant à dix-huit mois de distance; mort; exostose de la seconde vertèbre cervicale réduisant la moelle à la moitié de son diamètre.* — *Maladies des ovaires :* 1° *kyste de l'ovaire contenant plus de vingt-trois gallons* (1) (105 litres) *de liquide;* 2° *tumeur de l'ovaire, se terminant par suppuration;* 3° *tumeur de l'ovaire, dans laquelle on a trouvé un fragment d'os surmonté de cinq dents molaires.* — *Note sur la dysenterie et sur l'emploi de la noix vomique et de ses préparations dans cette maladie*, par le docteur Geddings.

Cas chirurgicaux. — *Infiltration du cordon spermatique.* — Un jeune homme de vingt ans est pris d'une violente entérite; au bout de quelques jours, les évacuations alvines sont supprimées et remplacées par des vomissemens fréquens de matières stercorales; le pouls est petit, les extrémités froides, etc. A ces symptômes se joint l'apparition d'une tumeur cylindrique sur le trajet du cordon spermatique. Le défaut absolu d'élasticité ne permet pas de croire qu'une anse d'intestin y soit contenue; mais ce pourrait être l'épiploon. Bref, la mort approchant, on incise sur le cordon lui-même, qu'on trouve énormément développé par l'infiltration des tissus qui servent comme de gaîne à ses vaisseaux. On dut renoncer à l'opération.

Excision de l'astragale. — Un homme de trente-cinq ans éprouva un gonflement de l'articulation de la cheville, accompagné de douleurs, se terminant par suppuration, donnant lieu à l'écoulement abondant d'un pus fétide et sanieux, et laissant trois ouvertures fistuleuses, l'une sur le coude-pied, les deux autres sous les malléoles. Après trois ans de souffrances, le malade entre à l'hôpital; on reconnaît la carie de l'astragale et sa division en trois ou quatre fragmens, qu'on enlève par une ouverture pratiquée au côté interne du pied. La totalité de l'os est ainsi retirée, et laisse entre les os de la jambe et ceux du pied une cavité où le doigt se promène à l'aise. Néanmoins, la guérison est rapide, et il ne reste au malade d'autre sujet de plainte qu'une jambe un peu courte.

De l'abus des bandages. — Souvent, dit le professeur Smith, l'application d'un bandage est un moyen de jeter de la poudre aux yeux du malade, et quelquefois elle n'est que cela. En réduisant l'emploi des bandages aux cas où on les suppose utiles, on trouve cinq indications à remplir : 1° arrêter une hémorrhagie; 2° soutenir des pièces d'appareil; 3° prévenir le gonflement; 4° maintenir les parties; 5° expulser les fluides. Or, 1° le bandage arrête peu d'hémorrhagies; il les masque quelquefois, et souvent il les fait naître; 2° pour soutenir les pièces d'appareil il suffit du bandage le plus simple et souvent de bandelettes agglutinatives; 3° la position élevée du membre prévient mieux le gonflement qu'aucun autre moyen, et n'a pas l'inconvénient de déterminer une compression inégale; 4° l'application du bandage roulé dans les fractures n'ajoute rien à la solidité de l'appareil, exige un renouvellement fréquent, etc.; 5° Le bandage, dit *expulsif*, entrave la circulation, jette les tissus dans l'atonie, et retarde la guérison au lieu de l'avancer.

Résection des amygdales au moyen de ciseaux

(1) Le gallon équivaut à litres 4,54345794.

à branches longues, à lames courtes, courbes sur le plat, courbes également sur le tranchant (et par conséquent en sens inverse l'une de l'autre), de manière à circonscrire un espace elliptique, sans que leurs pointes s'abandonnent réciproquement. Cet instrument rend inutiles l'érigne ou la pince pour retenir l'amygdale, et le bouchon pour tenir la bouche ouverte; mais comme, lorsqu'il est fermé, les pointes des lames se croisent, l'une d'elles va blesser le palais et l'autre la base de la langue.

Maladies de l'ovaire. — En faisant l'ouverture du cadavre d'une femme de quarante ans, morte d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, on trouva une communication établie entre le kyste d'une part, et la vessie et le colon de l'autre part. Dans les trois dernières semaines de la vie, les selles et les urines avaient été supprimées. Néanmoins on se demande comment la tumeur pouvait contenir 105 litres de liquide.

— Une femme de couleur, mère de trois enfans, tombe du haut d'une échelle sur le dossier d'une chaise, dont un des pommeaux lui entre dans le vagin. Elle se rétablit assez bien, et devint encore deux fois mère. Cependant il se développe une tumeur qu'on regarde comme une hydropisie de l'ovaire gauche. La malade se refuse à la paracentèse; elle se plaint quatre ou cinq fois par an d'une constipation, accompagnée de violentes coliques, mais qui cède ordinairement aux purgatifs. Epuisement progressif, marasme, mort. A l'autopsie on trouve une tumeur adhérente aux parois de l'abdomen, distendue par quarante-cinq demi-pintes (près de trois gallons, 12 à 14 litres) de liquide, et dans laquelle existe un fragment d'os maxillaire avec *trois dents molaires parfaites, couvertes de leur émail*, et une quatrième encore rudimentaire.

Note sur la dysenterie, etc. — Après avoir vu échouer les moyens ordinaires, dans un grand nombre de cas de dysenterie qui se sont présentés l'automne dernier à l'infirmerie de Baltimore, M. Geddings a eu recours à la noix vomique. Il l'a administrée en poudre à la dose de sept grains, trois fois par jour; sous forme d'extrait alcoolique (de Pelletier) à la dose de deux grains, trois fois par jour; et enfin, il a donné l'acétate de strychnine à la dose d'un douzième à un sixième de grain (en faisant dissoudre la strychnine dans l'acide acétique). Il en a toujours obtenu une guérison prompte, ou du moins un soulagement marqué. On sait que Frisch, Hufeland, Thomann et Richter, en Allemagne; Hagstrom, en Suède; Armstrong et Vaux d'Ipswich, en Angleterre, ont vanté la noix vomique dans la dysenterie; M. Récamier, en France, a employé avec succès, contre une diarrhée chronique, l'extrait alcoolique de noix vomique à la dose d'un huitième de grain.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Journal der praktischen Heilkunde.

(*Journal de Hufeland. — Octobre* 18 34.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Transmission du* contagium *de la splénite charbonneuse des animaux à l'homme, soit par le simple contact, soit par l'usage de leur chair comme aliment*, par le docteur Wagner; 2° *constitution médicale de l'année* 1833 *à Lunebourg*, par le docteur Fischer; 3° *mélanges de médecine pratique*, par le docteur Hauff; 4° *traitement des ulcérations chroniques des pieds*, par le docteur Siemerling; 5° *nouvelles et extraits sur le choléra qui a régné à Hambourg en* 1834. — *Miscellanées.—Terminaison heureuse d'un melæna.* — *Prix proposés par la Société médico-chirurgicale de Berlin, pour le meilleur ouvrage sur le choléra.*

Transmission du virus contagieux de la splénite charbonneuse des animaux à l'homme, etc. — Averti que dans un village (Striesa) du cercle de Schweinitz, province de Saxe, deux hommes étaient morts subitement; que plusieurs autres avaient été gravement malades, et que sept bêtes à cornes, sans compter les cochons, étaient crevés dans une seule étable, M. Wagner s'est transporté sur les lieux, où il a recueilli les faits dont nous donnons l'analyse succincte.

Le 13 juillet 1834, au moment où le troupeau seigneurial rentrait du pâturage, le taureau tomba subitement et ne put se relever. Se méprenant sur la cause de sa chute, le forestier lui logea une balle dans la tête; le jardinier *Stack* et le vigneron *Teinz*, l'enlevèrent et l'écorchèrent ensuite; la viande fut partagée et mangée. Peu de jours après, plusieurs autres bêtes à cornes tombèrent inopinément malades, et furent abattues et écorchées par les mêmes personnes; mais les cadavres furent enterrés. Cependant toutes les personnes qui avaient mangé de la chair du taureau se trouvèrent plus ou moins gravement indisposées, et se plaignirent d'un sentiment de constriction dans la région précordiale, de douleurs de bas-ventre, toutefois non accompagnées de fièvre; plusieurs, parmi lesquelles il faut compter *Stack* et *Teinz*, qui s'étaient blessés aux mains en dépeçant l'animal, éprouvèrent en outre un brisement complet des membres, des étourdissemens, et une faiblesse insurmontable. La mortalité continuait toujours parmi le bétail, et les nombreuses ouvertures qu'on eut l'occasion de faire, montrèrent des traces d'inflammation dans le bas-ventre, des œdèmes partiels et sous-cutanés dans divers points, particulièrement au col, *la rate gangrenée, dissoute en quelque sorte, et réduite à un sac alongé, rempli d'une matière pultacée, noirâtre, coulant par les ouvertures pratiquées à la poche.*

Stack se mit en route, malgré son état de souffrance, pour un village éloigné de trois heures de marche, par une chaleur de 24° Réaum. Il arriva à grand'peine au but de son voyage, but de la bière forte pour se redonner des jambes, et repartit. La faiblesse, les douleurs de bas-ventre et les vomissemens l'arrêtèrent; on le ramena sur un charriot. Les souffrances étaient atroces, les matières vomies mêlées d'un sang noir; le visage et les membres glacés, livides et bleuâtres; le nez effilé, les yeux en-

foncés dans leurs orbites ; des crampes atroces, un dévoiement de sang noir vinrent compléter la scène, qui se termina par la mort au commencement de la nuit. Une pauvre veuve, âgée de trente ans, mourut aussi dans une chaumière isolée, sans qu'on sût rien sur son compte, sinon qu'elle s'était plainte de brisement des membres, de constriction à l'épigastre, et de l'apparition d'une pustule noire à la cuisse. Les deux cadavres, dont la putréfaction s'emparait rapidement, furent enterrés avec précipitation ; il ne paraît pas qu'ils aient été ouverts.

Un grand nombre de personnes qui n'avaient nullement touché les bêtes malades, mais qui avaient mangé de la chair de la première abattue, furent affectées d'*anthrax* aux doigts, aux bras, aux cuisses. Elles éprouvaient les mêmes douleurs dans les membres, la même faiblesse que Stack et que la jeune veuve morte en même temps que lui ; mais la céphalalgie était intense, la face rouge, la peau sèche et chaude, le pouls fébrile, petit, à peine sensible, le ventre souple toutefois. Deux femmes furent seules prises de vomissemens et de dévoiement ; une autre présenta l'aspect cholérique précédemment décrit.

Le quinquina et le camphre furent employés à l'intérieur, chez un petit nombre de malades ; la pauvreté des autres ne leur permettant pas une médecine si dispendieuse. Les anthrax furent incisés crucialement, et cautérisés ensuite avec la potasse ; on n'eut aucune perte nouvelle à déplorer.

Une pauvre femme avait donné à son chien et à son chat de la viande du taureau ; ces animaux paraissant n'en éprouver aucun mal, elle s'enhardit au point d'en manger, malgré la rumeur qui commençait à courir par le village. Mais elle ne tarda pas à éprouver les symptômes précités. Le mari, ne voyant pas son chien, auquel il tenait probablement plus qu'à sa femme, se mit en quête de l'animal, et le trouva, ainsi que le chat, gîsant dans la cuisine. Il leur fit avaler une grande quantité de lait qui provoqua le vomissement. Le même moyen employé ensuite chez la femme produisit le même effet ; le vomissement fut suivi d'une prompte amélioration. On voulut soumettre le chat, à son tour, à l'expérience qui avait si bien réussi, mais il était déjà mort.

Enfin, le 6 août (vingt-trois jours après la mort du taureau), deux servantes présentèrent les symptômes précités, et furent affectées d'anthrax. L'une d'elles expliqua l'infection après un si long espace de temps, en disant qu'elle avait été piquée, précisément à l'endroit où le mal s'était développé, par une mouche qui s'était posée auparavant sur la veuve Henri. Cette femme avait un anthrax au pouce et un autre sur le dos de la main.

Pendant que ces événemens se passaient à *Striesa*, des accidens semblables avaient lieu dans les villages de *Hohenbucko* et de *Langengrassau*, situés à une assez grande distance. Deux bêtes à cornes étant mortes subitement à Hohenbucko, l'équarrisseur *Sango* les écorcha pour avoir la peau et le suif. Quelques jours après, il lui vint deux anthrax : l'un sur le dos de la main ; l'autre à l'avant-bras. Il se guérit lui-même, en trois semaines, avec des cataplasmes et des onctions huileuses. Deux cochons, deux chiens et un chat, à qui l'on avait jeté quelques débris des bêtes mortes, ne tardèrent pas à crever.

A Langengrassau, un bœuf malade fut tué et dépecé par trois hommes, dont deux se blessèrent avec des esquilles d'os ; tous trois furent affectés d'anthrax ; l'un d'eux en eut *dix-sept* sur les bras et sur les mains.

M. Wagner tire les conclusions suivantes de son travail, qui nous a paru long, diffus et assez difficile à analyser :

1° Le danger de cette espèce d'anthrax dépend non seulement du nombre et du volume des tumeurs, mais encore de l'énergie de la fièvre qu'il accompagne, et dont il n'est lui-même qu'un symptôme secondaire, puisqu'elle peut exister sans lui ;

2° La *fièvre charbonneuse* (M. Wagner l'appelle ainsi, en attendant qu'on ait trouvé un nom plus convenable), qu'elle soit ou non accompagnée d'anthrax, est due non à des miasmes répandus dans l'air, mais au contact d'animaux infectés, ou à l'usage de leur chair comme aliment. La cuisson ne neutralise point le virus ;

3° La division et la cautérisation des anthrax ne changent rien à la marche de la fièvre, peut-être les applications émollientes et oléagineuses sont-elles généralement plus utiles.

Pleurésie et pneumonie bilieuses. — Ce travail est une monographie très savante et fort complète, mais qui contient trop de choses déjà parfaitement connues, pour que nous l'analysions tout entière. Nous laissons donc de côté la description de la maladie, son diagnostic et son pronostic, pour arriver aux opinions de l'auteur sur sa nature. Suivant lui, elle consiste dans l'altération, due probablement à l'influence atmosphérique, des fonctions chimico-vitales du plexus solaire, et des ramifications qui partent de ce plexus pour se rendre à l'estomac et au foie. Cette hypothèse lui paraît rendre parfaitement compte de tous les symptômes de la maladie et de son caractère général, principalement de l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie, de la céphalalgie et du délire, etc., etc. Cette théorie ne nous satisfait pas autant que l'auteur : l'hypothétisme est moins en faveur de ce côté-ci du Rhin, bien qu'il y fasse des fréquentes incursions.

La saignée et l'émétique, tantôt l'un, tantôt l'autre, et quelquefois tous les deux, suivant la force du sujet, et la prédominance des symptômes inflammatoires ou des symptômes bilieux : telle est la base du traitement conseillé par M. Hauff. Puis, comme les sécrétions du foie et de l'intestin, jointes aux crachats et aux sueurs, sont la crise naturelle de la maladie, il recommande l'usage ultérieur du calomel associé au camphre, à l'opium, à la jusquiame, et plus tard, les expectorans toniques. Il nous semble que nous avions vu tout cela ailleurs.

Traitement des ulcères chroniques des pieds. — Ce traitement consiste principalement à cautériser ces ulcères avec la pierre infernale, et à les recouvrir avec un emplâtre particulier, dont voici la composition : L'on fait fondre une demi-once de cire blanche, puis on y verse un quarteron d'huile d'olive, dans laquelle on a délayé

deux onces de minium. On fait cuire le mélange, en le remuant, jusqu'à ce qu'il prenne de la consistance et qu'en en laissant tomber quelques gouttes sur une plaque de fer elles rebondissent. Quand on l'a retiré du feu, on y ajoute deux gros de baume indien, et l'on obtient une masse d'un brun rougeâtre, qu'on étend sur de la toile comme le diachylon. Cet emplâtre a l'avantage d'adhérer modérément et de ne point excorier la peau saine qui environne l'ulcère.

Après avoir cautérisé les bords calleux et la surface de l'ulcère avec le nitrate d'argent, on le recouvre de bandelettes enduites de l'emplâtre ci-dessus, assez longues pour faire presque le tour de la jambe, et disposées comme tout le monde sait. On entoure ensuite la jambe d'un bandage roulé et l'on recommande le repos et la position horizontale. (Nous pensons que lorsque la jambe est sèche, ce qui arrive presque ordinairement, le malade peut très bien vaquer à ses affaires.) Au lieu de nitrate d'argent, M. Siemerling emploie un plumaceau trempé dans la teinture ci-après :

℞ Teinture d'aloës. . . } āā deux gros.
— de myrrhe. }
Baume du pérou. . . . un gros à un gros et demi.

Terminaison heureuse d'un mélæna. — Un homme de quarante ans, robuste, d'un tempérament bilieux très prononcé, affecté depuis long-temps d'hémorroïdes, voyait depuis dix ans se former une tumeur, située dans l'hypochondre gauche, là où les vaisseaux courts quittent le grand cul-de-sac de l'estomac pour se rendre à la rate; elle était accompagnée d'un sentiment de plénitude que toute espèce d'exercice rendait plus insupportable. On croyait néanmoins avoir affaire à une simple accumulation graisseuse. La diminution subite de la tumeur à la suite de quelques selles sanglantes ne permit plus cette supposition. Bientôt elle reprit sa marche croissante et atteignit le volume de la tête d'un enfant. Des masses noires, poisseuses, fétides étaient rendues par l'anus; après elles s'écoulait une plus ou moins grande quantité de sang veineux. Enfin, la couleur du visage s'altéra, devint terreuse, cadavéreuse; les traits se déformèrent; le caractère du malade changea, et devint insupportable à ses plus proches parens, surtout après chaque repas. En même temps se manifestèrent un sentiment d'anxiété, des nausées, des flatuosités, une chaleur incommode dans l'abdomen, des congestions vers la tête, et des selles bilieuses, après lesquelles survenait un soulagement momentané. Un soir, une hémorrhagie effrayante eut lieu tout à coup par l'anus; des masses polypeuses s'échappèrent avec le sang, et des vomissemens de même nature persistèrent pendant près de douze heures. Le malade était anéanti, couvert d'une sueur glaciale; mais la tumeur était singulièrement réduite par les évacuations abondantes qui venaient de se faire. On appliqua de la glace sur le creux de l'estomac et dans la région splénique; on fit prendre au malade, de demi-heure en demi-heure, ce qui pouvait tenir sur la pointe d'un couteau, de la poudre ci-après :

℞ Acide tartarique. . . . . deux gros.
Carbonate de magnésie. trois gros.

Le vomissement cessa, mais le malaise et le sentiment de plénitude dans le bas-ventre continuèrent. On administra, de deux heures en deux heures, à la même dose que ci-dessus, une autre poudre composée de soufre, de tartre et de jalap; dans les intervalles, on donnait l'émulsion suivante :

Eau de laurier cerise. . . . deux gros.
Huile d'amandes douces . . une once.
Natron . . . . . une demi-once.
Gomme arabique . . . . . trois gros.
Eau distillée de cinnamomum. quatre onces.
Sirop simple. . . . . une once.

Enfin, on administra, de trois heures en trois heures, vingt gouttes de :

Eau distillée de laurier cerise. une once.
Teinture de coloquinte. . . une demi-once.

Au bout de vingt-quatre heures, tous les symptômes effrayans avaient disparu. Le troisième jour, le malade eut encore quelques selles sanglantes; il éprouva plus tard quelques douleurs épigastriques, mais ces douleurs se dissipèrent peu à peu; la tumeur disparut à peu de chose près; l'appétit revint; la convalescence ne fut traversée que par un léger œdème des pieds, et quelques toniques achevèrent la cure.

V. MÉLANGES.

CONCOURS.

Le concours que nous avons annoncé pour l'agrégation, près la Faculté de médecine de Paris, vient d'être terminé; voici quelles ont été les épreuves de ce concours :

1° Une composition par écrit sur ce sujet : *Décrire les glandes de Peyer; les altérations dont ces glandes sont susceptibles, et apprécier la valeur de ces altérations.*

2° Une leçon orale de quarante minutes, après vingt-quatre heures de préparation. Les sujets de ces leçons ont été donnés dans l'ordre suivant :

Des affections qui peuvent produire la gangrène (MM. Gouraud, Guibert).

Des diverses espèces de coliques (MM. Sestier, Barthelemy, Pigeaux).

Des divers états morbides qui peuvent produire l'hydropisie (MM. Lembert aîné, Marmorat, Nonat).

De la dyspepsie, de ses causes et de son traitement (MM. Hutin, Pétigny, Legroux).

Des perforations dites spontanées des viscères (MM. Combette, Rufz, Pelletan).

Des convulsions (MM. Cazenave, Cuvier, Lepelletier).

De l'acclimatement (M. Bell).

Des évacuations alvines et de leur valeur séméiologique (MM. Delaberge, Donné, Lembert jeune).

Des tubercules, et spécialement de leurs causes (MM. Daniel, Bazin).

3° Une leçon orale de quarante minutes, après quarante minutes de préparation.

De la scarlatine, et principalement de la scarlatine dite maligne (MM. Nonat, Barthelemy, Legroux).

De la syphilis, dite constitutionnelle (MM. Bazin, Lembert jeune, Combette).

De la péritonite puerpérale (MM. Lepelletier, Gouraud, Bell).

De la fièvre hectique (MM. Pelletan, Sestier, Pigeaux).

Des angines et de leur traitement (MM. Petigny, Daniel, Delaberge).

Des divers râles et de leur valeur séméiologique (MM. Donné, Guibert, Cazenave).

Des accidens produits par les calculs biliaires et de leur traitement (MM. Lembert aîné, Rufz, Cuvier).

Du rhumatisme articulaire aigu (M. Hutin).

4° Les sujets de thèses ont été distribués dans l'ordre suivant aux vingt candidats restans :

MM.

N° 1. Delaberge. — *Quelle est la part de la prédisposition dans la production des maladies ?*

2. Guibert. — *Quels sont les signes que fournit l'examen de l'urine dans les maladies ?*

3. Donné. — *Quel rôle jouent les sympathies et les synergies dans les maladies ?*

4. Cazenave. — *Quels sont les caractères des névroses ?*

5. Lepelletier. — *Quels sont les résultats obtenus par le tartre stibié à haute dose dans la pneumonie et le rhumatisme ?*

6. Daniel. — *Indiquer les rapports qui existent entre le typhus et l'affection typhoïde ?*

7. Barthelemy. — *Quelle est la valeur du délire dans les maladies ?*

8 Hutin. — *De la saignée, et de la mesure avec laquelle on doit l'employer dans le traitement des phlegmasies.*

9. Sestier. — *De quelle utilité ont été la percussion et l'auscultation pour le diagnostic des maladies du cœur ?*

10. Pigeaux. — *Existe-il des fièvres essentielles ?*

11. Combette. — *Convient-il d'employer les topiques irritans dans le traitement des phlegmasies ?*

12. Lembert. — *De la révulsion et de la dérivation, et de leur application en thérapeutique.*

13. Pelletan. — *De la nature médicatrice.*

14. Bazin. — *Indiquer les caractères distinctifs de la contagion et de l'infection.*

15. Legroux. — *Quelles sont les règles à suivre dans l'application de la statistique aux faits pathologiques ?*

16. Pétigny. — *Quelle est la valeur de l'inflammation de la peau dans les fièvres exanthématiques ?*

17. Gouraud. — *La doctrine des crises est-elle fondée ?*

18. Rufz. — *Existe-t-il des agens thérapeutiques dont les effets ne soient observables que sur les liquides ou sur les solides ?*

19. Nonat. — *Existe-t-il un asthme essentiel ?*

20. Cuvier. — *Quel est le rapport qui existe entre l'hémoptysie et les tubercules pulmonaires ?*

Dix jours ont été donnés pour la composition de ces thèses, qui ont été remises au secrétariat de l'École, le 11 juin.

Chaque candidat a été argumenté pendant une heure, par deux de ses compétiteurs, et a lui-même argumenté pendant une demi-heure deux de ses compétiteurs.

Ont été nommés :

MM. Rufz, Legroux, Laberge, Gouraud, Cazenave.

— Par suite du concours au Bureau Central d'admission aux hôpitaux civils de Paris, pour deux places de médecins, ont été nommés MM. Legroux et Lepelletier.

— Un concours vient également d'être ouvert au Bureau Central, pour deux places de chirurgiens.

Les juges de ce concours sont : MM. Velpeau, Blandin, Ricord, Larroque, Baffos, Honoré et Jobert.

Les candidats, MM. Huguier, Chassaignac, Lenoir, Loir, Malgaigne, Sanson, Vidal (de Poitiers), Sédillot, Halma-Grand, Delmas, Cullerier.

— La Société de médecine de Paris met au concours la question suivante :

Déterminer quelles sont, dans les affections dites typhoïdes, les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires.

Un prix de 700 francs sera décerné au meilleur mémoire.

Les concurrens devront adresser leurs travaux *franco*, et dans les formes ordinaires, avant le 1er juillet 1836, à M. Forget, au secrétariat-général de la Société de médecine, rue de Savoie, 13.

— Un concours est ouvert pour une chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le Directeur de service, A. TROUSSEAU.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° II. — AOUT 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DES PURGATIFS DANS LES MALADIES CONNUES AUJOURD'HUI SOUS LES NOMS DE DOTHINENTÉRIE, D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, DE FIÈVRE TYPHOIDE, ETC.

1. Il est démontré aujourd'hui que sous les noms de fièvres continues graves, inflammatoires, muqueuses, bilieuses, putrides, etc., on a désigné le plus souvent les différens degrés et les différentes formes d'une même maladie, dont le caractère anatomique le plus constant est une inflammation aiguë des cryptes muqueuses isolées et agminées de la partie inférieure de l'intestin iléum, et des ganglions mésentériques correspondans. De là la dénomination unique d'entérite folliculeuse, d'iléo-mésentérite typhoïde, par laquelle beaucoup de pathologistes modernes ont remplacé les anciennes dénominations des fièvres graves, ou celle de dothinentérie, d'affection ou de fièvre typhoïde, qui doit seule, suivant d'autres, leur être substituée. Quelles que soient les idées que l'on se forme sur la valeur de cette lésion intestinale, qu'on la considère comme primitive ou secondaire, qu'on y rattache les symptômes fondamentaux de la maladie, ou qu'on la regarde elle-même comme un de ses effets, elle n'en est pas moins d'une haute importance; elle n'en fait pas moins un des caractères principaux de cette affection. Aussi en a-t-on étudié avec le plus grand soin le siége, la marche, les terminaisons, les différens aspects aux diverses périodes de la maladie. A ces lésions s'en joignent d'autres plus variables, que l'on a aussi étudiées avec soin dans tous les organes; celles que présente le sang lui-même n'ont point été oubliées: mais cette dernière recherche, plus difficile, suivie peut-être avec moins d'ardeur et de persévérance, laisse encore beaucoup à désirer. On a cherché ensuite à rapprocher les symptômes des altérations et à saisir leur relation. Là commencent les dissidences parmi les observateurs: les uns croyant trouver une relation aussi exacte que possible entre les troubles fonctionnels et les lésions; les autres trouvant, au contraire, cette relation douteuse ou incomplete.

Il existe aussi des cas plus rares de fièvres graves, dans lesquels l'investigation cadavérique n'a point fait découvrir cette lésion des follicules, où elle n'a montré qu'une simple inflammation villeuse plus ou moins étendue; on en cite même où l'on n'a trouvé aucune altération de l'intestin. Il est vrai que l'on rencontre alors le plus souvent, si ce n'est même constamment, quelque lésion grave d'un autre organe; ce qui suffit pour faire dire aux uns que l'on n'a pas eu affaire à la même maladie, que l'on s'est mépris si l'on n'a pas su faire cette distinction pendant la vie; tandis que d'autres, croyant remarquer une analogie complète dans les symptômes et dans la marche de ces affections avec ceux des fièvres accompagnées d'exanthème intestinal, en admettent encore ici l'existence. Ceux-ci, ne regardant les lésions anatomiques que comme une suite et une conséquence de la maladie, lésions qui ajoutent à sa gravité, mais ne la constituent pas tout entière, ne voient ici que des anomalies qu'ils ne cherchent pas à s'expliquer. J'ai moi-même observé, parmi les faits que j'ai recueillis à l'occasion de ce travail, une maladie que j'ai prise pendant tout son cours pour une iléo-mésentérite à forme lente nerveuse; et cependant, après la mort, arrivée au vingt-sixième jour, nous ne trouvâmes aucune plaque tuméfiée, mais seulement trois ou quatre points, de la largeur d'une pièce de dix sous, assez distans de la valvule, et éloignés les uns des autres, où toute la paroi de l'intestin était amincie et translucide. Peut-être la muqueuse avait-elle été détruite dans ces points, et remplacée par une pellicule mince, car quelques uns des ganglions étaient rouges et tuméfiés; la rate était molle, friable et volumineuse. Mais ce qui avait dû ajouter beaucoup à la gravité de cette maladie, c'était l'altération de l'un des reins, qui était transformé en une poche purulente de la grosseur des deux poings. Rien n'avait fait soupçonner pendant la vie cette grave altération; la vessie ayant été frappée d'inertie, et le cathétérisme évacuatif étant devenu nécessaire, on n'avait pu se trouver étonné de rencontrer une petite quantité de matières puriformes qui sortaient avec les dernières gouttes d'urine. Ce cas ne rentre peut-être pas complétement dans ceux que l'on donne comme exempts de toute lésion intestinale; j'ai cru cependant devoir le citer ici, persuadé que plusieurs de ceux que l'on a regardés comme tels n'en sont pas fort différens.

2. Les fièvres légères, inflammatoires ou bilieuses, qui présentent aussi à peu près les mêmes symptômes gastro-intestinaux, n'appartiennent-elles pas, pour la plupart, à des degrés moins avancés de la même lésion? Ici, l'anatomie pathologique ne peut plus être invoquée directement. Ces maladies légères se terminent par le retour à la santé, à moins qu'une autre affection ne vienne les compliquer. Cependant un grand nombre de pathologistes, de nos jours, se fondant sur les résultats d'anatomie obtenus dans ces derniers cas, sur l'identité qu'ils

croient voir entre les symptômes de ces fièvres et ceux qui suivent l'ingestion de substances irritantes ou de certains poisons, sur des expériences faites sur les animaux, admettent que le plan de la muqueuse gastro-intestinale ou plutôt les villosités sont seules affectées dans ces cas. Ceux qui font de l'éruption intestinale des fièvres graves une affection aussi spéciale dans ses symptômes que dans son aspect anatomique, l'admettent encore dans beaucoup de cas peu graves, et s'efforcent de prouver que les autres en diffèrent, non pas seulement par l'intensité des accidens gastro-intestinaux, qui peut être même plus élevée, mais par le petit nombre et la simplicité des symptômes. L'entérite simple est pour eux une maladie d'un autre ordre, une maladie qu'ils disent bien reconnaissable, et le plus souvent distincte. Sans vouloir m'engager dans la discussion de la distinction à faire entre l'entérite villeuse et l'entérite folliculeuse, je dirai que je n'ai vu entre ces affections d'autre différence tranchée que dans leur marche et leur durée, dans l'absence ou la présence des symptômes nerveux graves, stupeur ou délire, de quelques phénomènes d'infection putride; que, du reste j'ai vu ces maladies passer graduellement des cas légers aux cas graves par des degrés tellement insensibles, qu'il est mainte circonstance où il m'a paru impossible de dire, sans se trouver exposé à être démenti par un autre observateur : Cette maladie est une entérite villeuse, ou bien, c'est une entérite folliculeuse. Aussi, que l'altération porte sur l'une ou sur l'autre de ces parties élémentaires de l'organisation de la muqueuse, qu'elle porte sur toutes deux à la fois, je pense que l'on peut ranger toutes ces affections dans une même classe, où l'on établira ensuite des distinctions plus ou moins fondées, d'après la marche, la nature et la gravité des symptômes.

3. Les circonstances dans lesquelles ces maladies prennent naissance, les modifications qu'elles éprouvent dans leurs formes symptomatiques, suivant les conditions organiques et fonctionnelles où se trouvent les sujets qu'elles affectent, et surtout celles que peuvent leur imprimer, au milieu de ces conditions diverses, les agens thérapeutiques qu'on leur oppose, voilà encore autant de questions soumises, depuis des siècles, à l'étude et à la méditation des médecins, questions qui sont loin d'être complétement résolues.

Sans doute les connaissances acquises sur les lésions anatomiques, sur les circonstances de leur développement, sur les troubles fonctionnels qui les accompagnent, nous fournissent des lumières pour nous diriger dans l'étude de la thérapeutique de cette maladie, but définitif de toutes ces recherches. Comme dans toute autre question semblable, elles y concourent, mais elles sont insuffisantes pour nous le faire atteindre. « On envisage encore trop diversement ces maladies pour que nous puissions, d'après des connaissances incomplètes, adopter ou rejeter tel ou tel modificateur; et c'est à l'observation clinique qu'il faut nécessairement avoir recours pour nous faire juger d'un traitement par ses résultats non pas seulement immédiats, mais encore éloignés, en tenant compte de tout ce qui, dans la maladie, peut introduire naturellement ou éventuellement des modifications étrangères au remède. » (*Dance.*) Nous possédons aussi sur ces questions thérapeutiques de nombreux travaux; mais, trop souvent entrepris pour soutenir des théories, ces travaux ont été bien diversement appréciés par les médecins des âges suivans, qui trop souvent aussi les ont jugés à leur tour d'après d'autres idées théoriques. De là, de fréquens changemens introduits dans la thérapeutique des fièvres; de là, bien des difficultés ajoutées aux difficultés même du sujet. Toutefois, la diversité de ces opinions démontre que les différentes méthodes de traitement, tour à tour préconisées et rejetées, n'ont pas tous les inconvéniens que ceux qui les ont proscrites leur ont attribués, ni tous les avantages que ceux qui les avaient vantées croyaient y avoir trouvés. Étudier ces méthodes, chercher à en fixer la véritable valeur, tel doit être le but des observateurs modernes.

4. Parmi elles, il en est une qui avait joui d'une trop longue faveur pour que l'on pût croire qu'elle méritât tous les reproches qui lui avaient été adressés dans ces derniers temps : c'est la méthode de traitement par les évacuans. La pratique des Anglais, qui, jusqu'à nos jours, continuaient de l'employer sous le nom de méthode d'*Hamilton*, en était une preuve. Toutefois le mépris dans lequel étaient tombées les théories humorales, l'importance chaque jour croissante que l'on donnait aux lésions que l'examen cadavérique faisait découvrir, expliquent assez la proscription dont elle avait été frappée parmi nous. M. *Bretonneau* avait cherché à réhabiliter l'usage des purgatifs salins, mais en limitant leur emploi à la période d'ulcération. Aujourd'hui ce ne sont plus seulement quelques purgatifs que l'on propose d'administrer un petit nombre de fois à une période donnée de la maladie, et dans des circonstances qu'il est plus ou moins facile de saisir : par l'effet d'un de ces changemens qui ont été communs dans la thérapeutique des fièvres, et que nous avons dits le plus souvent dictés par des idées théoriques, on vante, comme *Hamilton* l'avait déjà fait, l'emploi presque journalier des laxatifs dans tout le cours de la maladie. On va plus loin qu'*Hamilton* lui-même; car il ne semble se proposer autre chose que d'exciter la contractilité de l'intestin, et ne paraît pas chercher à provoquer les sécrétions qui se font à sa surface. Il est vrai qu'il n'est pas possible d'obtenir l'un de ces effets sans l'autre, et cette distinction n'est guère fondée que dans la tête de ceux qui l'admettent; elle prouve toutefois que ce praticien était sobre d'évacuations; et, comme elles surviennent souvent spontanément, et deviennent bientôt plus nombreuses qu'il ne le demandait, il devait lui arriver souvent de suspendre de bonne heure les évacuans. Aussi fait-il remarquer formellement qu'il n'est pas toujours nécessaire, pour avoir l'évacuation complète qu'il tient tant à produire, de recourir journellement aux purgatifs. Aujourd'hui, on se félicite d'obtenir des déjections nombreuses; et, tant que le gargouillement de la région iléo-cœcale annonce la présence des matières, on croit bon d'en provoquer l'expulsion par des moyens qui doivent solliciter en même temps

une nouvelle sécrétion. Ces idées se rapprochent beaucoup de celles de *Chirac*, qui, dans ce même Traité des fièvres où *Georget* avait trouvé des propositions dont il avait cru devoir signaler la justesse et la profondeur, avance qu'il n'est jamais trop tôt pour exciter la sécrétion de l'intestin, et se propose d'éliminer par cette voie la cause même de la maladie, qu'il place dans les fluides. Ce traitement renouvelé, comme on le voit, de quelques Anciens, s'éloigne de celui qui avait été adopté par des praticiens justement renommés, qui avaient aussi confiance dans les purgatifs : *Sydenham*, *Huxam*, *Pringle*, *Rœderer* et *Wagler*, *Sarcone*, *Tissot* et *Stoll* eux-mêmes ne les donnaient point à toutes les époques ni dans toutes les formes de ces maladies. Je puis le dire d'avance, le choix que l'on vient de faire parmi les différens modes d'emploi de ces agens ne m'a point paru heureux. Depuis long-temps, il est vrai, nous avons appris que les opinions thérapeutiques qui choquent le plus nos idées ne sont pas dépourvues de faits à leur appui ; et quand on a vu, au commencement de ce siècle, *Razori* traiter la diathèse inflammatoire qu'il avait reconnue dans ces fièvres, en dépit de l'opinion de *Brown*, avec des doses de six, huit et douze grains d'émétique, après une ou deux saignées, et annoncer que par ce traitement il n'avait perdu aucun de ses malades au milieu d'une épidémie, on s'étonnera peut-être moins d'entendre vanter aujourd'hui l'emploi journalier de quelques doux purgatifs.

5. Les malades que j'ai vu soumettre à ce traitement me semblent devoir être rangés en trois classes sous le rapport de la gravité de leur affection. Chez les uns, la prostration a été légère, le trouble des fonctions intellectuelles nul ou peu marqué ; la langue est restée humide, ou, si elle s'est séchée, ce ne fut que pour peu de temps ; le ventre n'a point été météorisé, ou ce météorisme a été léger ; le mouvement fébrile était modéré. Chez d'autres, le mouvement fébrile, plus intense et de plus longue durée, a été accompagné d'une prostration bien évidente, d'un état de stupeur plus ou moins marqué ; le trouble des fonctions de relation ne s'est cependant point élevé jusqu'au délire ; la langue s'est encroûtée, les dents sont devenues fuligineuses ; le météorisme n'est point parvenu jusqu'au ballonnement. Enfin d'autres ont offert les symptômes graves qui ont manqué chez les précédens.

Je dois avertir que toutes les observations sur lesquelles repose ce travail ont été recueillies dans un service qui ne se compose que d'une vaste salle d'hommes ; que j'ignore par conséquent ce que l'organisation particulière à l'autre sexe peut apporter de modifications aux remarques qu'elles m'ont suggérées.

Tous ces malades étaient de jeunes ouvriers récemment arrivés dans la capitale ; deux, cependant, habitaient Paris depuis cinq et neuf ans. La plupart d'une bonne santé habituellle, avaient été pris de la maladie au milieu des apparences de cette bonne santé ; ils n'arrivaient à l'hôpital qu'après plusieurs jours de maladie ; la plupart n'avaient fait aucun traitement ; quelques uns s'étaient fait saigner, plusieurs avaient cherché à relever leurs forces en buvant du vin. Chez cinq ou six on pratiqua une émission sanguine générale ; chez le plus grand nombre on commença de suite le traitement laxatif. Ce traitement consistait le plus souvent dans l'administration de l'eau de Sedlitz à la dose d'une bouteille du poids d'environ vingt onces, préparée avec une once de sulfate de magnésie. D'autres fois ce sel était dissous en même quantité dans un verre de tisane ordinaire ou de bouillon d'herbes. Plusieurs malades ont pris l'huile de ricin à la dose d'une à deux onces, soit au début du traitement, soit dans son cours. Enfin un petit nombre d'entre eux prirent l'huile de croton, une à deux gouttes, ou celle d'épurge (*euphorbia lathyris*), six à douze gouttes dans une cuillerée de tisane : cette dernière se composait communément d'une solution de sirop de groseilles. Ce traitement était d'ailleurs employé tous les jours, presque sans interruption. Sa cessation, motivée quelquefois par l'aggravation constante des symptômes, ou par leur opiniâtreté et leur persistance, n'avait ordinairement lieu que lorsqu'un changement favorable s'était manifesté ; et, suivant l'époque de cette amélioration, il était suspendu complétement, ou on en diminuait seulement les doses, jusqu'à ce que cette amélioration fût bien confirmée. Dans ces différens cas, à moins que le nombre des selles ne fût considérable, et que la fatigue qu'en éprouvait le malade ne fût manifeste, c'était plutôt leur diminution, malgré l'emploi du laxatif, que leur continuation, qui déterminait à le quitter. D'ailleurs on se dirigeait aussi, dans les cas où les changemens n'étaient pas bien marqués, sur la seule raison du temps déjà écoulé depuis leur emploi. On a constamment accordé quelques bouillons aux malades, à quelque période qu'ils fussent de leur maladie, j'en ai vu plusieurs en prendre à une époque où les symptômes étaient déjà très graves ; d'autres, au contraire, le refusaient, en raison de la répugnance de l'estomac pour tout aliment.

Première série d'observations.

6. Une diarrhée légère, ou même l'absence de la diarrhée jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital, avec peu de douleurs de ventre ou sans douleur ; la rougeur des bords et de la pointe de la langue, l'enduit blanc ou jaunâtre de sa surface, qui se sèche même momentanément ; une fièvre légère, avec de l'affaiblissement musculaire ; des douleurs de tête au début, un malaise général, de l'insomnie, peu ou point de toux ; la présence d'un petit nombre de taches rosées lenticulaires, des sudamina, une ou deux épistaxis très légères dans quelques cas, tels sont les symptômes que nous ont offerts plusieurs malades, qui accusaient à leur entrée six à huit jours de maladie. On donnait pendant quatre à six jours des laxatifs légers et à faible dose, qui provoquaient de trois à dix selles, et bientôt ils témoignaient de l'appétit, et étaient mis au quart. Ces sujets étaient d'ailleurs jeunes, récemment arrivés à Paris, où ils n'avaient point encore été malades. Je n'en parle ici que pour faire remarquer que dans ces affections légères, que l'on rapportera si l'on veut à l'une des nuances de l'entérite villeuse, les laxatifs n'ont exaspéré aucun des symptômes ; que le

pouls en particulier, loin de s'accélérer, s'est ralenti, et est même descendu dans plusieurs cas au dessous de son type normal, cinquante-deux, quarante-huit pulsations; que chez aucun d'eux la langue n'est devenue ni plus sèche, ni plus rouge; que la diarrhée a cessé après le second ou le quatrième jour de la cessation du remède. Je n'aurai pas à tenir compte, dans mes relevés, de ces observations, qui s'écartent trop par leur marche et leur durée de celles que les auteurs ont généralement rangées dans cette classe d'affections; autrement je m'exposerais à comparer entre eux des résultats composés d'unités dissemblables.

7. Treize autres malades, que nous comprenons spécialement dans cette série, nous présentèrent des symptômes analogues, mais dont la durée plus longue et le degré d'intensité plus élevé nous engagent à insister sur leurs observations. Neuf d'entre eux guérirent promptement sous l'influence du traitement laxatif; quatre autres, sans éprouver aucun nouveau symptôme qui ait pu nous porter à classer ailleurs leur maladie, n'arrivèrent à la convalescence qu'après une époque plus reculée. Commençons l'analyse de ces faits par les neufs premiers.

Parmi les symptômes du début, on remarque d'une manière constante la céphalalgie, qui a été assez intense dans deux cas pour motiver l'emploi de la saignée, un affaiblissement plus prompt et plus marqué, la perte complète de l'appétit; quatre eurent de légères épistaxis. La diarrhée, peu abondante, sans coliques ou avec des coliques fort légères, apparut du premier au huitième jour; elle existait cinq jours avant l'invasion des autres symptômes chez un malade; chez deux autres, elle ne s'était pas encore montrée lorsque l'on commença le traitement laxatif. Un seul avait eu des vomissemens bilieux. Le ventre était endolori chez quatre d'entre eux; la pression augmentait légèrement ces souffrances. L'abdomen offrait chez plusieurs un premier degré de météorisme, caractérisé par une sonoréité plus grande que de coutume, et un gargouillement bien marqué, sans soulèvement de la paroi abdominale. La langue, chez trois de ces malades, arrivés après six à sept jours de maladie, était sèche, âpre, d'une teinte rouge intense, soit sur toute la surface dépouillée d'enduit, soit sur les bords seulement; chez les six autres, elle était large, blanche ou aunâtre, rouge au pourtour; dans l'un de ces derniers cas, elle n'a offert de rougeur à aucune époque, quoique la fièvre et quelques accidens nerveux offrissent plus d'intensité que chez les autres, et que la diarrhée existât depuis quinze jours lors de l'entrée à l'hôpital. On a constaté d'une manière à peu près constante la présence des râles sibilans ou muqueux qui s'accompagnaient d'une toux ordinairement légère. Chez sept de ces malades, le pouls large, plein, de force ordinaire, battait, terme moyen, quatre-vingts fois par minute; chez les deux autres, qui n'offrirent point de symptômes notablement plus graves, il battait cent douze à cent vingt fois. Huit ont offert des taches rosées lenticulaires; cinq ont présenté des sudamina du dixième au seizième jour de la maladie. L'état des fonctions de relation était peu troublé: un peu d'engourdissement des facultés intellectuelles chez quelques uns; de l'anxiété, de l'agitation chez d'autres; quelques rêvasseries pendant la nuit; un peu de dysécie chez trois malades; quelques tremblemens musculaires, de la lenteur des mouvemens, des éblouissemens, des vertiges dans la station verticale, tels étaient ces troubles légers. Chez cinq d'entre eux, la forme inflammatoire était celle dont l'affection se rapprochaient le plus; chez trois autres, la forme muqueuse, et, chez un neuvième, la forme bilieuse, me parurent prédominer.

Quelques histoires particulières nous donneront une idée plus exacte de la maladie, et nous feront connaître en même temps le mode de traitement et la marche de l'affection sous son influence.

1re *Observation.* — Un peintre en bâtimens, âgé de vingt-quatre ans, d'une stature moyenne et d'une force ordinaire, arrivé à Paris depuis sept mois, après quelques jours d'un malaise inaccoutumé, est pris de frissons le 5 septembre. Sa faiblesse augmente, la tête devient lourde et douloureuse; il éprouve de la chaleur, de la soif, et garde le lit. Du reste, il n'eut point d'épistaxis, point de diarrhée, n'éprouva aucune douleur au ventre. — Le 8, il est reçu à l'Hôtel-Dieu, et le lendemain, à la visite, il présente les symptômes suivans: Légère turgescence de la face, pesanteur de tête, abattement; langue blanche, humide, d'un rouge vif à la pointe; ventre souple, indolent, bien conformé; chaleur modérée de la peau; pouls à quatre-vingts, large, plein, de force ordinaire. On donne une simple tisane de solution de sirop de groseilles, et du bouillon. Pendant la journée et dans la nuit, il survient cinq selles en diarrhée; vertiges lorsque le malade quitte le lit; insomnie. — Le 10, la langue est fendillée et cuisante à la partie antérieure; elle se sèche facilement, au rapport du malade. Le ventre est légèrement arrondi, sonore, sans douleur, même à la pression; il existe une toux sèche, fréquente; on compte trente-deux respirations; la poitrine résonne bien à la percussion, et ne laisse entendre que du râle sibilant. Le pouls n'a point augmenté de fréquence; la chaleur de la peau est vive; on remarque des taches rosées lenticulaires en assez grand nombre à la base du thorax. (Groseille, trois pots; eau de Sedlitz, une bouteille; bouillon.) Selles nombreuses, surtout pendant la nuit. — Le 11, la langue est sèche, le ventre douloureux à l'ombilic, l'abattement plus marqué. (Même prescription.) Plus de douze selles sans coliques; pas de vomissemens. Le 12, enduit épais, jaunâtre et humide de la langue; ventre indolent; expectoration de quelques crachats muqueux; on ne compte plus que vingt-quatre respirations et soixante-douze pulsations. L'eau de Sedlitz est continuée. — Le 13, la langue est trouvée sèche; pas de changement dans les autres symptômes. (Même prescription.) Même nombre de selles. — Le 14, le malade se trouve mieux, son faciès a un air ouvert et satisfait; la langue, bien humide, est toujours rouge et fendillée à sa partie antérieure. On réduit la quantité d'eau de Sedlitz à deux verres, que le malade prend encore pendant trois jours. — Le 16, le pouls était à soixante-quatre, les selles au nombre de cinq à

six, le sommeil tranquille, l'expression de la figure naturelle, la langue moins rouge; l'appétit se prononçait. (Trois soupes.) — Dans la nuit du 16 au 17, il survient des sueurs assez abondantes pour engager le malade à changer de linge, et une épistaxis légère, qui se répète le lendemain, est plus copieuse. — Le 17, douzième jour de la maladie, on accorde le quart d'alimens légers. Pendant quatre jours, il n'y a point de selles, puis elles se rétablissent régulièrement comme dans l'état de santé; les taches s'effacent, les sueurs continuent; la langue perd son enduit, et reste d'une teinte rosée un peu vive. Le malade commence à quitter le lit dès le deuxième jour de sa convalescence: il est chancelant, éprouve quelques vertiges; le pouls reste à soixante. Il sort le 27, mangeant les trois quarts, et ayant repris une partie de ses forces.

Je me suis assuré autant que possible de la fidèle exécution des prescriptions. Voyons quels en ont été les effets immédiats et les effets éloignés, s'il est possible de les saisir. Les selles, de suite augmentées, sont portées au nombre de dix à douze; elles diminuent ensuite, les laxatifs étant donnés à dose moitié moindre; elles, cessent aussitôt qu'on les suspend. La perturbation apportée par le remède sur la muqueuse malade a donc été passagère, et sept jours consécutifs de cette excitation n'ont donc pas laissé de traces. Nous devons noter ici, comme un fait à peu près constant dans toutes nos observations, l'absence de coliques vives. Le ventre, légèrement douloureux après deux jours du traitement, ne prend à aucune époque plus de volume qu'il n'en avait lorsqu'on a commencé les laxatifs; cette douleur a été passagère. La langue, qui se séchait déjà, nous a offert cette sécheresse plus prononcée pendant trois jours; en même temps la rougeur est devenue plus vive; mais après le quatrième elle est restée humide, sa rougeur a diminué. L'abattement du début a augmenté pendant les premiers jours, après des selles abondantes; mais bientôt, ces selles étant encore copieuses, une amélioration manifeste s'est montrée dans l'état général, et trois jours plus tard le malade est entré en convalescence. Nous devons noter les sueurs et les deux épistaxis qui se montrèrent pour la première fois à cette dernière époque. Les circonstances dans lesquelles ces phénomènes surviennent ici confirment l'opinion des modernes, qui les considèrent comme la conséquence de l'amélioration déjà produite. Remarquons la marche franche et rapide de la convalescence, le retour prompt de l'appétit, au moment même où le malade est encore soumis à l'influence de quelques verres d'eau de Sedlitz.

Maintenant est-il possible, après des symptômes aussi légers, après une marche aussi simple, de saisir ce qui est l'effet du remède, ce qui est l'effet du cours normal de la maladie? Si nous rapprochons les cas analogues, nous voyons à peu près même marche, même terminaison vers le quinzième ou seizième jour, après la même durée du traitement, même rapidité de la convalescence, même possibilité de nourrir promptement les malades qui sollicitent les alimens, et qui les ont supportés impunément. Un seul a éprouvé une accélération du pouls un peu notable, mais passagère, avec l'augmentation passagère aussi de la gravité des symptômes locaux et généraux. Ce malade n'avait pris que deux fois l'eau de Sedlitz, et la seconde fois il n'en avait pris qu'un seul verre. Les accidens, qui consistaient dans la sécheresse plus grande de la langue, quelques fuliginosités des dents, un peu de ballonnement du ventre, plus de fatigue et d'accablement, des tremblemens musculaires involontaires et l'accélération du pouls, qui s'était élevé de quatre-vingt quatre à cent quatre, se dissipèrent dès le lendemain après des selles plus copieuses que celles qui étaient survenues jusqu'alors, et après une dose plus forte de remède. Ces circonstances démontrent, ce me semble, qu'ils étaient plutôt le fait de la marche de la maladie que celui des purgatifs. Tous les jours nous voyons des affections semblables soumises aux simples délayans ou à l'application d'un petit nombre de sangsues, se terminer à peu près vers la même époque. Il peut donc paraître douteux que la maladie ait été abrégée. Aussi nous bornons-nous jusqu'ici à constater l'innocuité de ces laxatifs légers dans des maladies légères elles-mêmes.

8. Deux de ces malades n'éprouvèrent que des modifications si peu sensibles dans les symptômes de leur affection jusqu'à la convalescence, qui n'eut lieu que du dix-septième au dix-huitième jour, que rien n'aurait pu faire soupçonner qu'ils étaient soumis à l'action répétée des minoratifs; tel est, par exemple, le cas suivant.

IIe *Observation.* — Le nommé Sellier, âgé de vingt-quatre ans, porteur d'eau, de force médiocre et de stature ordinaire, habite Paris depuis un an, et n'y a pas encore été malade.

Depuis neuf jours, il a perdu l'appétit, a un peu de diarrhée, quelques douleurs de ventre et de la toux, il eut une épistaxis au début, et s'est rapidement affaibli. — Le 16 septembre, il offre un air d'étonnement et d'hébétude; ses réponses sont lentes, ses mouvemens ont la même lenteur. Il accuse de la céphalalgie et de l'insomnie; sa langue, humide, large et gluante, est couverte des restes d'un enduit brunâtre, qui annonce qu'elle s'est séchée; son ventre, enfoncé, souple et mou, est indolent à la pression. La poitrine est sonore, le bruit respiratoire mêlé de râles sibilans, muqueux; le pouls donne soixante-douze pulsations de force ordinaire. On prescrit quatre gouttes d'huile d'épurge. Cinq à six selles ont lieu comme les jours précédens. — Le 17, la langue est sèche, quoique blanche et villeuse; elle offre à peine de rougeur à la pointe; le pouls est à soixante-quatre. On donne deux jours de suite huit gouttes de la même huile. Les selles sont peu nombreuses. Même air de langueur et d'abattement. De nombreux sudamina apparaissent sur les côtés du cou, quoique le malade assure qu'il n'a pas de sueurs, et que la peau soit sèche; les jours suivans ils couvrent tout le thorax et l'abdomen. — Le 19, on substitue l'eau de Sedlitz à l'huile d'épurge, et on en continue l'usage pendant six jours, à la dose de quatre verres, qui sont pris exactement. Les selles, au nombre de sept à huit les quatre premiers jours, sont réduites à quatre ou cinq les deux derniers. Le pouls tombe à cinquante-deux; l'hébétude et la langueur persistent; l'insomnie cède peu à peu.

Le ventre reste mou, souple et enfoncé; la langue large, molle et humide. — Enfin, le 25 septembre, après dix-huit jours de maladie et neuf de traitement à l'hôpital, les traits sont plus ouverts, quoique encore plus mobiles; la face est amaigrie et pâle; la langue est à peu près nette; le pouls à soixante. Le malade témoigne de l'appétit. Le lendemain on accorde quelques alimens. Il y a encore deux à trois selles en diarrhée pendant quelques jours; elles se suppriment ensuite durant une semaine entière; puis elles restent rares. Le malade commence bientôt à se lever; il ne quitte cependant l'hôpital qu'au vingt-unième jour de sa convalescence.

Une remarque à faire sur cette malade, c'est que depuis son neuvième jour, où nous l'avons observée pour la première fois, elle n'a presque point offert de fièvre, quoique la langueur et l'abattement fussent très marqués, que la langue se soit séchée, que l'ensemble et la marche des autres symptômes annonçassent une variété de l'entérite folliculeuse. Quel a été l'effet du traitement? Si on ne doit pas lui attribuer le ralentissement du pouls et la persistance de cette lenteur, je ne lui en vois aucun. En effet, nulle autre modification n'est produite dans l'état général ou local; celle qui survient au dix-huitième jour ne doit-elle pas être considérée comme le seul résultat du temps, c'est-à-dire de la marche lente et graduelle de la maladie? Nous devons faire observer que la petite dose d'huile d'épurge, donnée ici pendant trois jours, n'a point augmenté le nombre des selles; il faut, en effet, une plus forte dose pour purger à l'aide de ce médicament.

9. Ainsi, des affections telles que celles dont nous venons de donner quelques exemples, soumises, du septième au huitième jour de l'invasion, et pendant six à sept, au traitement laxatif, ont eu une durée moyenne de seize jours; elles ont guéri sans accidens un peu notable, presque sans coliques. Les selles, loin de devenir incoërcibles, se sont spontanément arrêtées peu de temps après la cessation du remède. La sécheresse de la langue a été momentanément augmentée lorsqu'elle existait déjà, ou lorsqu'elle avait une tendance marquée à s'établir, mais elle s'est promptement dissipée pendant l'emploi du purgatif. Le pouls baisse légèrement chez la moitié des malade dès les premiers jours chez d'autres, il monte de quelques pulsations pendant deux ou trois jours, pour baisser ensuite.

10. Mais quatre autres malades, avons-nous dit, qui n'ont présenté à aucune époque un ensemble de symptômes plus graves, ont vu leur affection se prolonger. Rapportons ici une de ces observations.

IIIe *Observation.* — Le nommé Huet, corroyeur, âgé de dix-neuf ans, arrivé à Paris depuis deux mois, avait eu alors une diarrhée abondante, qui ne s'était pas accompagnée de fièvre, et pour laquelle il n'avait pas gardé le lit. Le 20 octobre, après une journée de travail forcé, il est pris le soir de frissons avec céphalalgie, malaise général, douleurs lombaires. Les jours suivans, il a deux épistaxis, une soif vive, de la fièvre; il éprouve une grande faiblesse. Entré le 27 à l'Hôtel-Dieu, il se plaint, le lendemain à la visite, d'insomnie complète depuis trois nuits, de céphalalgie, d'une soif continuelle. La face est fortement colorée; la langue, large et épaisse, est blanche et humide, le ventre douloureux à l'ombilic; un peu de diarrhée est survenu depuis son entrée. La peau est chaude, sans moiteur; le pouls, fort et plein, donne quatre-vingt-huit pulsations. On commence de suite l'emploi de l'eau de Sedlitz. Il n'y a que quatre selles. — Le 29, le malade a un air abattu et souffrant; sensibilité à la pression vers les fosses iliaques de chaque côté; toux légère (Même prescription). Cinq selles sans coliques, pas de nausées, épistaxis. — Le 30, même état général et local; rougeur des bords de la langue; taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. On continue encore pendant deux jours l'eau de Sedlitz, sans que le nombre des selles devienne plus considérable, ventre plus douloureux, sans qu'il prenne plus de volume, mais aussi sans qu'il survienne d'amendement dans l'état du pouls ni dans l'état général. La toux est plus fréquente; les taches s'étendent sur le thorax. — Le 2 novembre, le malade prend une once et demie d'huile de ricin; il a quelques nausées et quatre selles copieuses. Nul changement. Dix gouttes d'huile d'épurge sont suivies, dix minutes après leur ingestion, de plusieurs vomissemens. Exacerbation fébrile pendant la nuit. — Le 4 novembre, à la visite, rien n'indique cette exacerbation; le pouls n'a pas plus de fréquence ni la langue plus de sécheresse. Le ventre, mou et souple, n'est point douloureux. On prescrit une once d'huile de ricin, qui détermine plusieurs vomissemens et trois selles. On revient ensuite pendant deux jours à l'eau de Sedlitz, qui ne donne pas lieu à un plus grand nombre d'évacuations. La langue est toujours trouvée humide à la visite, quoique le malade accuse de la sécheresse pendant la nuit. Le pouls reste à quatre-vingt-quatre. La toux, assez fréquente, amène quelques crachats opaques, blancs, épais; la poitrine est sonore, et ne laisse entendre que quelques râles muqueux et un peu de sibilance. Quatre jours se passent ensuite, pendant lesquels le malade ne prend qu'une tisane de gomme et une infusion légère de camomille. Les selles sont réduites à une ou deux; le pouls varie de soixante-seize à quatre-vingt-quatre. La figure conserve toujours un peu de coloration et de bouffissure, mais devient plus naturelle. L'appétit se prononce; la toux persiste. On donne des soupes, puis un huitième d'alimens. Bientôt, sans que la diarrhée reparaisse, sans que la langue rougisse, que le ventre devienne douloureux, le pouls s'élève à quatre-vingt-seize. La toux fatigue beaucoup le malade, l'expectoration est visqueuse, et cependant l'auscultation ne découvre rien de plus; la percussion donne toujours un son clair (Gomme, juleps, pédiluves sinapisés, soupes). Le pouls retombe de nouveau à quatre-vingt-quatre, la toux diminue. Le malade sollicite de nouveau des alimens qu'on lui accorde. Pendant trois jours, le pouls reste dans le même état; il y a de deux à trois selles en diarrhée. Une inflammation aiguë du conduit auditif externe donne lieu à une vive douleur d'oreille, et porte le pouls à cent quatre. Après deux applications de sangsues, la douleur vive disparaît, et il survient

un suintement puriforme assez abondant, qui se tarit bientôt. Le pouls varie de quatre-vingt-huit à cent; il reste un peu de toux et de diarrhée. Le malade veut sortir dans cet état, le trente-unième jour de son séjour à l'hôpital.

Si nous ne pouvons nous défendre de penser que cette maladie a été prolongée par ce mode de traitement, en considérant que l'état peu grave du neuvième jour ne semblait pas comporter cette longue durée, en la voyant rester sans amendement jusqu'au dixième du traitement, reconnaissons que cette amélioration se serait probablement confirmée, si les accidens thoraciques n'avaient excité de nouveau la fièvre; car, à cette époque, la diarrhée légère qui subsistait encore semblait devoir s'arrêter; les alimens qu'on accorda ne l'augmentèrent point. quoi qu'il en soit, en écartant ce que cette complication et celle de l'otite survenue dans les derniers jours ont pu ajouter à la durée de cette maladie, la marche qu'elle offre n'est guère favorable aux purgatifs. Il est vrai que, sous l'influence des émolliens ou des émissions sanguines, on voit aussi des affections semblables traîner en longueur; mais ces moyens sont tellement innocens, que ce que l'on peut faire alors, c'est d'accuser leur impuissance. En est-il de même d'agens perturbateurs mis chaque jour en contact avec la muqueuse malade? Ne devient-il pas plus probable, lorsqu'on ne voit l'amélioration se prononcer qu'après leur suspension, qu'ils ont contribué à l'éloigner? Il est déjà assez surprenant que des purgatifs répétés ne fassent pas prendre à ces maladies des formes plus graves, pour que nous nous bornions à le faire remarquer, sans vouloir justifier les inconvéniens qu'ils peuvent avoir.

Un autre malade nous offrit, avec des symptômes et une marche analogues, une bronchite plus intense encore, avec complication d'angine laryngée, pendant laquelle il fut presque aphone. La maladie ne fut guère moins longue, et cependant on n'accusera point ici le défaut d'évacuations assez copieuses, car ce sujet est un de ceux chez qui elles furent le plus abondantes, tellement abondantes même, qu'il m'a paru en être affaibli autant et plus que par l'effet de la maladie. Soumis pendant treize jours à l'emploi des laxatifs, il n'eut pendant ce temps jamais moins de six selles par jour, souvent douze ou quinze, les deux premiers plus de trente, et avec cela jamais de coliques vives, une seule fois un vomissement; le ventre ne devint momentanément douloureux qu'après le dixième jour; la langue ne fut trouvée sèche que deux fois; déjà rouge au début, elle prit une rougeur plus vive qui se dissipa peu à peu pendant la convalescence. Les selles, si nombreuses pendant treize jours, ont cessé complétement dès que l'on suspendit les purgatifs. Lorsqu'on donna des alimens, elles reparurent sans dépasser le nombre de deux. Le pouls, qui n'était qu'à soixante-dix lors de l'entrée, ne s'est point élevé au dessus de quatre-vingts; il n'était déjà plus qu'à soixante avant que l'on cessât les laxatifs. Il restait de la toux, un peu de rougeur de la langue et de la faiblesse lors du départ du malade, après vingt-quatre jours de maladie, et huit de convalescence.

En nous apprenant ce que l'on doit penser des craintes qu'inspirent les purgatifs, ces faits nous démontrent comment leur emploi longtemps continué, sans déterminer une phlegmasie violente, peut être nuisible. N'oublions pas toutefois que nous n'avons eu affaire qu'à des maladies légères, développées sur des sujets jeunes et robustes, exempts de tout autre affection; ne pensons pas trouver toujours la même insensibilité de la part des organes digestifs, ni l'organisme dans des dispositions capables de résister à des excitations si souvent répétées. Mais c'en est trop sur des cas pour lesquels il ne devrait guère s'agir de rechercher un traitement; passons à des faits plus sérieux, où l'influence favorable ou funeste des purgatifs pourra être mieux marquée.

Deuxième série d'observations.

11. Sans offrir encore de graves symptômes adynamiques ou ataxiques, les maladies que nous rangeons dans cette classe ont été caractérisées par une prostration plus considérable que dans les observations précédentes, un trouble de fonctions de relation qui se traduisait par l'air d'étonnement, la stupeur même, dans plusieurs cas; la lenteur des réponses, qui sont cependant restées justes; une fièvre plus intense, terme moyen quatre-vingt-quinze pulsations; une sécheresse plus grande de la langue, qui s'est encroûtée; les fuliginosités des dents, un météorisme plus constant. Deux ont présenté pour un moment des selles involontaires. Cependant cet abattement et cette prostration ne parvinrent pas chez la plupart à un degré tel qu'il ne leur permit de trouver assez de force pour s'asseoir seuls sur le lit pendant l'auscultation, pour se lever et aller au bassin, quoiqu'en tremblant.

Sous l'influence du traitement purgatif, la maladie n'a point constamment suivi la même marche. Les uns ont vu leur affection s'amender promptement sans qu'elle se soit notablement aggravée depuis le moment de l'emploi du remède; les autres l'ont vue s'accroître pendant un plus ou moins grand nombre de jours, puis s'amender sous l'influence continuée des mêmes agens thérapeutiques. Chez deux d'entre eux on a cru devoir les suspendre, soit en raison de cet accroissement de gravité, soit en raison d'accidens de vomissement. Enfin, un malade a succombé à une époque très éloignée du début, avec une diarrhée continuelle qui annonçait la persistance des ulcérations intestinales, et avec une altération profonde des poumons.

Quelques exemples feront connaître l'état de la maladie, sa marche, l'influence immédiate du traitement, et nous permettront peut-être de juger de son influence thérapeutique dans ces différens cas. Le malade qui nous a offert la modification favorable la plus rapide est le suivant.

IVe *Observation.*—Delarue, garçon couvreur, âgé de dix-sept ans, d'une bonne constitution et de force ordinaire, habitant Paris depuis deux ans, fut pris, le 15 septembre dernier, de céphalalgie, de malaise et de courbature. Des épistaxis légères se répétèrent pendant trois jours; il cessa son travail dès le premier, se fit saigner le troisième, et entra à l'hôpital le 22 septembre, septième de la maladie. La diarrhée

avait paru depuis trois à quatre jours ; une nouvelle épistaxis a lieu peu de temps après son entrée, et pendant la nuit une seule échappe dans le lit. — Le 23, décubitus dorsal, accablement, teinte violacée de la face, paupières bouffies ; forte céphalalgie, moiteur de la tête et du cou. Langue sèche, fendillée, dents et lèvres encroûtées ; ventre indolent, même à la pression ; tension des muscles droits, gargouillement sur les parties latérales ; quelques taches sur l'abdomen ; vingt respirations, cent deux pulsations, petites et serrées. On donne une once de sulfate de magnésie, et le lendemain une bouteille d'eau de Sedlitz. Les évacuations sont au nombre de quatre à cinq. On n'observe point de changement après le premier jour de ce traitement ; mais dès le 25, après le deuxième, la coloration de la face est meilleure ; le malade s'assied aisément et se recouche de même, sans se laisser retomber comme une masse inerte ; le pouls ne donne plus que soixante-seize pulsations, peu fortes et peu larges. La langue, moins profondément fendillée, est toujours sèche ; le ventre est soulevé et sonore le long du colon transverse ; il existe un peu de toux et quelques râles peu abondans à la partie postérieure du thorax. On donne une once de sel d'Epsom. Les selles sont nombreuses, avec quelques coliques ; le malade a pu descendre de son lit. — Le 26, les dents ne sont plus encroûtés ; le pouls ne donne que soixante-quatre pulsations, plus larges. Une bouteille d'eau de Sedlitz est suivie de douze selles. Le malade en prend encore deux verres pendant trois jours ; son pouls est à soixante ; le faciès prend un air naturel ; la langue, encore sèche la nuit, est trouvée humide à la visite, sans enduit, conservant de la rougeur ; le ventre, indolent et plat, est contracté. Des sudamina apparaissent sur le cou et la partie supérieure du thorax. — Le 30, quinzième jour de la maladie, on accorde le quart ; et le 4 octobre, le malade, qui était resté levé une grande partie des deux journées précédentes, veut quitter l'hôpital. Il avait d'une à trois selles, et assurait qu'elles étaient bien liées.

On ne révoquera pas en doute la nature de cette maladie, et la gravité que semblait annoncer l'état du huitième jour. Le changement favorable qui survient après deux jours de traitement, l'amélioration qui va croissant ensuite, malgré le léger météorisme survenu alors : la convalescence au quinzième jour, après sept de l'emploi consécutif des évacuans, sont donc ici bien remarquables. Si toutes nos observations offraient un résultat aussi satisfaisant, la tâche des praticiens qui préconisent les purgatifs serait facile ; mais les cas analogues sont peu nombreux. Cependant, quoique moins rapides, plusieurs guérisons ne nous présentèrent pas moins des faits encore dignes d'attention, mais qui toutefois rendent la décision de la question plus embarrassante.

Après un prompt amendement, les trois ou quatre autres affections dont la marche se rapprocha le plus de celle de Delarue, à l'exception d'une seule où elle fut aussi rapide, ne sont cependant arrivées à la convalescence que vers la fin du troisième septénaire. Je me bornerai à rapporter ici une de ces observations.

Ve *Observation.* — Un ébéniste, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis onze mois, après deux jours de malaise, fut pris, le 28 août, de céphalalgie, de frisson, de douleur épigastrique, avec sentiment de faiblesse extrême, syncopes, qui le forcèrent de garder le lit. Les jours suivans, il survint de la diarrhée et une fièvre vive. Une saignée pratiquée le 1er septembre n'arrêta point les accidens, qui déterminèrent le malade à se faire transporter à l'hôpital le 5, huitième jour de sa maladie. — Le neuvième, prostration, faiblesse assez considérable pour ne pas lui permettre de se tenir assis. La face est peu colorée, souffrante, sans stupeur. La langue est brunâtre, sèche et crouteuse ; les dents sont fuligineuses ; le ventre très sonore, endolori ; la toux peu fréquente, les râles peu nombreux. Le tronc et les membres sont recouverts d'un grand nombre de taches lenticulaires. Le pouls donne quatre-vingt-dix pulsations pleines et résistantes. On donne le sulfate de magnésie, puis l'eau de Sedlitz à la dose d'une bouteille pendant quatre jours. Les selles sont peu nombreuses. — Le second jour, dixième de la maladie, on observe peu de changement. Cependant les traits sont un peu plus mobiles, la répugnance au mouvement un peu moins grande. Les taches sont encore plus nombreuses et plus vives ; la toux amène quelques crachats, que le malade est obligé de saisir sur le bord de ses lèvres, ne pouvant les chasser, en raison de leur viscosité et de sa faiblesse. La sonoréité de sa poitrine reste parfaite. — Le onzième, la langue était redevenue blanche et villeuse, légèrement collante ; les dents avaient perdu leur fuliginosité ; l'abattement était moins considérable, mais le pouls conservait à peu près la même fréquence. — Les jours suivans, quoique la même amélioration persiste dans l'état général, la sécheresse de la langue reparaît à plusieurs reprises. — Le dix-septième jour, le pouls n'était plus qu'à soixante-dix ; puis il devint irrégulier, battit de cinquante-deux à soixante-cinq et soixante-dix fois ; la toux fut plus fréquente, plus fatigante. — Du dix-septième au vingt-unième, quoiqu'on ne prescrivit plus que deux verres du laxatif, le malade continua à en prendre une bouteille. L'appétit ne commença à se prononcer, la langueur ne disparut complétement que le vingt-unième jour, et le malade ne fut considéré comme convalescent que le vingt-deuxième. Alors le faciès était excellent, la langue nette, à peine rouge, la toux moindre. Le pouls, redevenu régulier, battait soixante-dix fois. On accorda le quart. — Dix jours après, il quitta l'hôpital, ayant repris une partie de ses forces, les digestions étant faciles, l'appétit vif, les selles rares.

On voit ici qu'après une amélioration, qui porte surtout sur l'état des forces, l'affection se prolonge encore long-temps, et parcourt ses diverses périodes. Quoi qu'il en soit, on ne peut se refuser à admettre que cette marche de la maladie, dans des cas qui avaient un certain degré de gravité, n'ait quelque chose de remarquable ; que les changemens favorables sont assez prompts pour que l'on puisse soupçonner pour le moins que le traitement n'y est point étranger.

12. Il arrive si souvent de voir ces maladies

poursuivre leurs cours et devenir graves sous l'influence des différentes médications auxquelles on les soumet, aussi bien que lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, ou que l'on ne leur oppose que des émolliens, qu'il est toujours difficile de faire la part des accidens naturels de la maladie et de ceux qui peuvent être attribués au traitement. On est encore plus disposé à les rejeter sur le fait de la maladie! lorsque, au moment où elle s'offre à nous, elle a déjà spontanément acquis de la gravité. Cependant, si le traitement est actif, s'il a des effets immédiats bien marqués, et que l'on voie cette gravité augmenter, il est difficile de ne pas croire qu'il est pour quelque chose dans cet accroissement des accidens. Tel est le cas des malades dont il nous reste à parler. Hâtons-nous de dire que cet accroissement n'a point été porté, dans les cas particuliers dont il s'agit ici, à ces degrés de stupeur profonde, ou d'excitation et de délire bruyant, qui mettent les malades dans un danger immédiat, et rendent le pronostic si fâcheux; que ces accidens se sont ensuite dissipés d'une manière graduelle sous l'influence continuée des mêmes moyens, dont on diminue cependant les doses lorsque cet amendement apparaît. Nous voyons encore ici dans plusieurs cas les selles se suspendre bientôt, persister dans d'autres pendant quelque temps, sans être abondantes. On alimente les malades de bonne heure; chez quelques uns cependant, augmentée trop vite, cette alimentation dut être un moment suspendue ou diminuée, pour être reprise ensuite et augmentée en toute sécurité. Quelques observations justifieront les remarques précédentes.

VIe *Observation.* — Le nommé Raguin, âgé de vingt-un ans, maçon, d'une forte constitution, peau brune, cheveux et barbe noirs, à Paris depuis sept mois, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre. Il avait été pris, le 20, de mal de tête avec courbature, frisson, perte d'appétit. Dès le début, il survint de la diarrhée, qui avait continué les jours suivans. — Le 23, il suspendit son travail et se mit au lit. — Le lendemain de son entrée, la face est terreuse et pâle, la bouche sèche, entr'ouverte; l'œil est morne, l'abattement considérable; les réponses sont lentes, mais justes. Il accuse de la céphalalgie, des vertiges; sa langue est rouge, complétement sèche et rugueuse; ses dents commencent à s'encroûter. Le ventre, souple, sans ballonnement, est douloureux autour de l'ombilic; on y remarque deux à trois taches peu vives. Sudamina autour du cou; peau chaude, sans moiteur. Il existe un peu de toux; le bruit respiratoire est parfait: vingt-huit respirations, quatre-vingt-quatre pulsations peu développées. On prescrit une once de sel d'Epsom: les selles sont peu nombreuses. — Le 29, la douleur de tête avait disparu, mais le faciès était le même; les taches lenticulaires, plus nombreuses, étaient pâles. On alterne pendant trois jours l'eau de Sedlitz et le sel d'Epsom. Le malade a de trois à six selles, qu'il va rendre au bassin, en s'y traînant avec peine, et un vomissement bilieux le premier jour. Le pouls devient irrégulier, présente de longues intermittences, suivies de deux à trois pulsations précipitées; il est petit, peu résistant, varie de cinquante-six à quatre-vingt d'un jour à l'autre. La peau est sèche et chaude, couverte de taches nombreuses plus vives. — Le 1er octobre, après quatre jours de traitement, le malade semble mieux; il l'exprime même par des phrases: sa langue, large, rouge, dépouillée d'enduit, est humide. Mais, dès le lendemain, l'altération des traits est plus profonde; les yeux fixes, la bouche entr'ouverte, lui donnent un air de stupeur bien prononcé; pas d'autre trouble des fonctions intellectuelles que leur engourdissement, et quelques absences pendant la nuit. Le ventre a pris du volume, mais il reste souple et indolent. Le malade, qui parvient encore à s'asseoir, se laisse retomber lourdement sur ses oreillers. On donne le sel de magnésie et deux verres d'eau de Sedlitz, ou cette dernière seule, alternativement pendant quatre jours. Les selles restent peu fréquentes, le pouls irrégulier; il survient plusieurs vomissemens bilieux. Pas de changement notable dans l'état du malade. — Le 6, légère amélioration: la figure, toujours terne, est moins hébétée; la langue est poisseuse, molle et grisâtre; le ventre à peine soulevé, le pouls donne soixante-seize pulsations avec une seule intermittence. On persiste dans l'emploi de l'eau de Sedlitz. Quatre selles; plusieurs vomissemens bilieux. La bouche reprend de la sécheresse; mais le visage est plus ouvert; l'engourdissement des facultés intellectuelles diminue. Le pouls tombe à soixante-huit pulsations régulières. — On termine, le 9, par une once de sel d'Epsom et deux verres d'eau de Sedlitz. — Du 9 au 13, l'amélioration se confirme; la langue est humide, rouge, légèrement poisseuse. On compte seize respirations, quarante-huit pulsations assez régulières. Sur les vives instances du malade, on accorde le quart. — Le 18, quoiqu'il soit loin d'avoir repris ses forces, il veut quitter l'hôpital. Il se tenait levé la moitié de la journée; sa langue conservait encore une teinte foncée; le pouls variait de quarante-huit à cinquante-six; il n'y avait qu'une selle dans les vingt-quatre heures.

Cette affection offrait peut-être dès l'entrée du malade plus de gravité que celle de Delarue; sa marche en diffère notablement. Pendant quatre jours on remarque peu de changement, sauf dans la sécheresse de la langue, qui est plus grande, et dans le pouls, qui devient irrégulier; après une amélioration trompeuse, les accidens s'accroissent le sixième, persistent avec peu de variations pendant cinq, après lesquels l'amendement reparaît et se confirme. Ce n'est cependant encore qu'après un septénaire que l'on considère le malade comme convalescent. La cessation des selles à la suite d'un emploi si prolongé des minoratifs, avec des symptômes gastro-intestinaux si bien marqués, l'impunité avec laquelle on donne des alimens, sont dignes d'attention. Remarquons toutefois que la sortie a été trop prompte pour que nous puissions être sûrs que cette alimentation continuée, augmentée sans doute, n'aura provoqué aucun accident. Je laisse à juger si l'état de calme du pouls, l'absence de la diarrhée, fournissent une suffisante garantie à cet égard. Cette sortie prématurée annonce que le retour des forces, quoique incomplet, avait cependant été rapide. Les selles, malgré des laxatifs assez actifs, sont

restées peu nombreuses. Voudrait-on en conclure que l'aggravation tient à ce fait ? Nous ferons observer que nous avons vu le sujet de l'observation Ve guérir avec un petit nombre de selles, sans offrir cet accroissement dans l'intensité des symptômes, et d'autres, avec des selles copieuses, présentent la même marche qu'ici. Si des évacuations abondantes détruisent l'irritation portée sur le canal intestinal par les sels neutres, ou plutôt si elles annoncent que leur action est restée ce qu'elle doit être, une excitation de la sécrétion et de la contractilité des intestins, et n'est pas devenue vivement irritante, on peut croire aussi que répétées un trop grand nombre de fois elles sont nuisibles par elles-mêmes, en débilitant.

Cette observation offrait un assez haut degré d'intensité dès le premier jour où nous vîmes le malade; qu'on ne croie pas cependant que ce n'est que dans ce cas que la maladie s'est accrue pendant l'emploi du remède : le fait suivant le prouvera, en même temps qu'il réduira à sa juste valeur ce que l'on doit penser des mauvais effets que l'on supposerait expliqués par le petit nombre des selles.

VIIe *Observation.* — Damège, âgé de vingt-cinq ans, maçon, de force médiocre, ayant eu de longues fièvres intermittentes dans son pays, arrivé à Paris depuis huit mois, accuse, le 23 septembre, huit jours de maladie. Au début, céphalalgie, frissons, douleur épigastrique, perte d'appétit; diarrhée depuis six jours, cessation du travail depuis quatre. A son entrée, face pâle, peu altérée; étourdissemens et vertiges, quelques tremblemens musculaires, bouche pâteuse; langue épaisse, blanche, d'une teinte rosée, vive aux bords; douleur épigastrique qui augmente par la pression; ventre souple, non soulevé. La rate, dure, très volumineuse, descend presque jusqu'au niveau de l'ombilic. Taches lenticulaires sur l'abdomen et la poitrine; peau chaude, sueurs partielles, quatre-vingt-huit pulsations développées. On donne le sel d'Epsom, et les deux jours suivans l'eau de Sedlitz : dix à douze selles chaque jour sans coliques. Le pouls présente quelques intermittences; pas d'autre changement. — Le 26, après ces trois jours de traitement, le malade éprouve plus d'abattement et de malaise; les dents deviennent fuligineuses; le ventre s'arrondit à sa partie supérieure; la peau est sèche et chaude; le pouls donne quatre-vingt-douze pulsations régulières; Sedlitz : une dixaine de selles. Rêvasseries, plaintes et gémissemens pendant la nuit. — Le 27, la face est amaigrie, l'oreille dure, la voie affaiblie, la langue sale et poisseuse; le malade ne prend qu'un seul verre d'eau de Sedlitz; il y a six selles. — Le 28, son pouls donne cent pulsations, très facilement dépressibles; sa langue est rouge et sèche. Les deux jours suivans, son état reste à peu près le même; il n'a, s'il faut l'en croire, qu'un petit nombre d'évacuations alvines, et prend l'eau de Sedlitz à la dose de trois à quatre verres. — Le 1er octobre, sa langue, moins sèche, était d'un rouge moins intense; le faciès moins altéré, le pouls à quatre-vingt-douze. Cette amélioration se soutint; le pouls était tombé à soixante-huit le 5; les taches commençaient à pâlir. Les purgatifs sont suspendus le 4; il n'y a plus qu'une selle dans la journée, puis le malade est cinq jours entiers sans en avoir une seule. — Le 7, la convalescence est décidée. On accorde le quart. Des sudamina avaient paru sur l'abdomen; la face était sans expression de souffrance, la langue couverte d'une très légère couche blanche, sans rougeur; le pouls à soixante-quatre. — Le 14, on donna les trois quarts. Les selles restèrent rares. Quelques accidens de la pleuro-pneumonie, survenus vers cette époque, nécessitèrent l'emploi d'une saignée, et retardèrent la sortie du malade jusqu'au 8 novembre. Il nous quitta alors parfaitement guéri.

Cette affection, prise à la même époque que la précédente, présentait des symptômes moins sérieux; l'augmentation des accidens après trois jours de traitement, quoique les selles eussent été abondantes, fut moindre aussi. Cependant cet accroissement persiste un nombre de jours à peu près égal, et ce n'est qu'après le seizième accompli de la maladie qu'un amendement survient, qui se soutient et s'augmente lentement et graduellement pendant un septénaire, au bout duquel le malade est convalescent. Si on n'observait jamais que des accidens de cette nature, si on les voyait toujours s'amender comme ils le font ici, on ne serait guère arrêté dans l'emploi de ces agens; car ils paraissent peu faire dévier la nature de sa marche normale. Cependant cette question revient sans cesse, et dans ce dernier cas encore plus à propos, puisque la maladie était légère : Aurions-nous vu cette exaspération survenir sous l'influence de quelques émissions sanguines et des simples émolliens? Mais, en admettant que ces purgatifs, administrés, comme ils l'ont été ici, tous les jours sans intermission, ont offert quelque désavantage, ce ne serait point là un motif de les proscrire; il faudrait essayer d'en varier le mode d'emploi.

13. Chez quelques sujets dont la maladie est parvenue au degré que nous admettons dans cette seconde classe, on a suspendu les remèdes pendant l'accroissement des symptômes. Ceux-ci n'avaient pas toutefois pris plus d'intensité que dans les cas précédens. Chez l'un de ces malades, sept jours de l'usage des laxatifs avaient amené l'affection à son quinzième, en accroissant graduellement l'irritation gastro-intestinale. Ce ne fut qu'après le vingt-quatrième de la maladie que survint la convalescence. Chez un autre, ils furent quittés et repris à plusieurs fois, en raison d'accidens de vomissemens, et la convalescence se fit encore plus long-temps attendre. Ici les inconvéniens du traitement ont donc paru évidens, et l'aveu qui résulte de cette suspension nous dispense de rapporter ces faits pour les discuter.

14. Enfin, l'un des malades de cette série a succombé avec une diarrhée très abondante, une toux opiniâtre, et une expectoration puriforme, diffluente dans les derniers jours.

VIIIe *Observation.* — Ce sujet était un maçon, âgé de vingt-huit ans, à Paris depuis un an, d'une bonne constitution, et d'une santé jusque-là assez bien conservée, quoiqu'il eût été souvent malade dans son pays, et que depuis son arrivée à Paris il eût passé quinze jours dans un hôpital, pour une maladie sur laquelle

il ne nous a pas fourni de renseignemens. Il accusait cette fois cinq jours de maladie, présentait à la première visite, le 23 septembre, une prostration légère, une céphalalgie peu intense, quelques étourdissemens, de l'insomnie, de la lenteur dans les mouvemens et dans les réponses. Ses yeux étaient cernés, un peu enfoncés; sa langue rouge aux bords et à la pointe, blanche et humide à sa surface; ses dents légèrement encroûtées; son ventre souple et indolent. La rate, dure et volumineuse, descendait jusque dans le flanc gauche. La poitrine était parfaitement sonore, la toux légère. La peau, sèche et chaude, offrait quelques taches lenticulaires sur le thorax; le pouls, fort et plein, battait cent huit fois. Pendant deux jours on donne l'eau de Sedlitz, qui détermine de huit à douze selles. Le ventre prend un peu de volume, et le visage une teinte terne et jaunâtre; les taches s'étendent sur l'abdomen. — Le 25, sel d'Epsom ℥ j, et deux verres Sedlitz. Il n'y a que cinq à six selles. — Le 26, la langue est sèche et brunâtre à sa partie antérieure; les dents sont fuligineuses. La voix est affaiblie, les réponses se font attendre; la face paraît plus altérée. Sedlitz, les 26 et 27 : une huitaine de selles, et le second jour un vomissement; hoquets. — Le 28, air de souffrance et d'abattement considérables; la langue, croûteuse, sort lentement. On continue les laxatifs : les selles sont chaque jour au nombre de dix à douze; il survient plusieurs vomissemens. — Le 30 septembre et le 1er octobre, on laisse le malade à la tisane de groseilles; on lui donne de plus une infusion de camomille et de l'eau rougie. Les selles persistent au même nombre. — Les 2 et 3 octobre, on revient aux purgatifs; et le 5, on les donne encore pour la dixième et dernière fois. Les évacuations sont très nombreuses; le malade conserve assez de force pour se lever chaque fois, et aller les rendre sur la chaise de nuit; jusqu'aux derniers jours de son existence il a pu faire de même. — Du 6 au 9, on se borne à la solution de sirop de groseilles. La toux est fréquente, l'expectoration visqueuse, opaque, peu aérée; des râles muqueux à grosses bulles s'entendent dans tous les points du thorax; le pouls est à quatre-vingt-douze. — Du 9 au 11, eau rougie. Le pouls monte à cent douze. Des sudamina très nombreux et d'une grosseur monstrueuse recouvrent tout l'abdomen et les côtés de la poitrine. Même état des selles. — Les jours suivans on donne des demi-lavemens avec le laudanum; le diascordium, l'opium en pilules; on essaie la décoction de ratanhia, son extrait, un peu de vin de Malaga. La diarrhée est toujours la même; il s'y joint des vomissemens. Le ventre est mou, flasque et déprimé; l'amaigrissement va croissant; l'expectoration devient puriforme, striée de sang. — Le 26, elle était abondante, s'écoulait en nappe, comme un véritable pus. — Le 29, le ronchus trachéal s'entendait à distance. La mort eut lieu le 30. — On avait constaté, le 13, la présence d'une large ecchymose au sacrum; cette ecchymose recouvrait une escarre profonde, dont l'élimination était à peine commencée, dix-sept jours après, à l'époque de la mort.

L'autopsie montra la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac ramollie, parcourue par de larges ramifications vasculaires brunâtres. Ce ramollissement était exactement limité par une ligne bien tranchée, au delà de laquelle la muqueuse reprenait sa consistance, son épaisseur et sa couleur normales, et était recouverte d'une couche épaisse de mucosités. L'intestin grêle offrait de distance en distance des portions injectées, arborisées, sans autre altération; ces injections, qui régnaient dans une étendue de six à huit pouces, occupaient tout le contour de l'intestin. Dans le dernier tiers de celui-ci, on rencontrait un nombre assez considérable de plaques peu élevées au dessus du niveau de la muqueuse, et d'une teinte ardoisée foncée. Dans les deux derniers pieds, ces plaques étaient un peu plus tuméfiées; cinq à six offraient des ulcérations arrondies, alongées ou transversales, à bords peu élevés, plus larges au dessus de la valvule. Le gros intestin, dans toute son étendue, présentait un très grand nombre d'ulcérations exactement arrondies, du diamètre d'une pièce de cinq ou de dix sous, à bords ardoisés non tuméfiés, à fond blanc et pâle. L'injection était peu considérable, et le reste de la muqueuse ne paraissait ni plus ni moins épais, ni plus ni moins consistant que de coutume. La rate, dure et volumineuse, avait un demi-pied de longueur et un pouce et demi d'épaisseur. Les deux poumons, indurés et friables, présentaient à la coupe, dont la couleur était celle de la chair lavée, et qui se recouvrait d'une couche de liquide sanieux, grisâtre, des espèces de granulations de la grosseur d'un pois, d'une couleur plus terne que celle du reste du poumon, d'une consistance plus molle, paraissant pour la plupart percées d'une ouverture centrale. On a cherché en vain à pénétrer par cette ouverture dans les bronches voisines; le stylet détruisait et enlevait cette matière molle et friable, et pénétrait de tous côtés dans le tissu pulmonaire, qu'il déchirait. Sur les bords du poumon gauche, on voyait sortir un pus crémeux, que l'on aurait pu croire venir des bronches, mais qui était logé dans de petites cavités anfractueuses communiquant entre elles, et creusées dans le tissu du poumon malade. Enfin, en détachant ce dernier, le doigt avait pénétré dans une cavité plus considérable, capable de recevoir une noix, au milieu de laquelle flottait une petite masse du même tissu, adhérant aux parois de la cavité par une espèce de pédicule. Une sanie grisâtre, fétide, mais sans odeur gangréneuse, tapissait ces parois. On ne voyait nulle part de tubercules reconnaissables à leur aspect ordinaire.

Cette grave altération du poumon nous offre l'un des aspects variés des différens degrés de l'inflammation pulmonaire. L'analogie que l'on pourrait lui trouver avec la phthisie tuberculeuse aiguë est assez éloignée; c'est cependant avec cette forme qu'elle a le plus de rapport. Remarquons toutefois que nulle part la matière tuberculeuse ne s'offrait avec les caractères qui lui sont si constans dans la forme chronique. Les ulcérations des intestins rendent raison de la persistance de la diarrhée; on ne peut rejeter cet état sur celui du poumon; car ces altérations sont nées et se sont développées durant la longue maladie de ce sujet, qui n'offrait point à son entrée de dépérissement. Les purgatifs en sont-

ils l'unique cause ? On sait que, traités diversement, un certain nombre de malades périssent avec des ulcérations semblables. Comment croire cependant que cette terminaison funeste n'a point été favorisée par l'emploi prolongé de ces agens ? Ce malade est le seul qui nous ait offert une pareille marche de la maladie, bien que beaucoup d'autres aient pris les mêmes purgatifs aussi long-temps ou même plus long-temps encore. Il est aussi le seul qui ait eu une escarre au sacrum, quoique, dans les observations qui nous restent à faire connaître, plusieurs aient eu long-temps des évacuations involontaires. Cette circonstance semble indiquer que nous n'avons pas eu affaire à ces cas où la maladie revêt une forme d'adynamie profonde. Cette forme aurait-elle été écartée par le traitement que l'on a suivi? Pour que cette idée méritât de fixer l'attention, il faudrait que la même remarque résultât d'un nombre d'observations beaucoup plus grand.

Ainsi, parmi cet ordre de faits, nous en trouvons où la maladie s'amende promptement et cède au bout de sept à treize jours de traitement, et quinze à vingt-deux de durée. Dans un plus grand nombre, elle continue sa marche, semble même exaspérée, et la convalescence n'arrive, sous l'influence prolongée des purgatifs, qu'après une durée de vingt-un à trente-quatre jours; enfin un cas a été suivi de mort. Les faits que j'ai recueillis, et que je rapporte à cette classe, sont au nombre de douze, dont quatre guérirent sans exaspération, sept après exaspération. Parmi cinq autres cas semblables, où j'ai vu employer les mêmes moyens, un seul me paraît avoir suivi la marche favorable des premiers; dans les trois autres, la maladie a continué à s'accroître et le rétablissement a été lent.

Ces faits confirment ce que l'on savait déjà des évacuans, qu'ils sont loin d'avoir les dangers qu'on pourrait leur supposer, d'après la connaissance des lésions anatomiques. Mais sont-ils de nature à en démontrer l'utilité, à établir surtout qu'ils sont plus avantageux qu'un traitement simplement délayant ou antiphlogistique conduit avec sagesse, et proportionné à la gravité des symptômes et à la somme de forces que possèdent les malades? Quelques uns semblent, il faut l'avouer, établir cette efficacité; et je doute que tout autre traitement ait amené des effets salutaires plus prompts. On sait fort bien toutefois que le traitement ordinaire ne manque pas non plus de cas aussi favorables; et pour qu'un traitement qui se montre quelquefois efficace soit proclamé convenable, il faut savoir reconnaître les circonstances où il peut avoir ces heureux résultats. Quant aux autres faits, malgré l'accroissement que les symptômes ont éprouvé, leur durée est-elle encore plus courte, la convalescence plus franche et plus rapide que dans ceux où le traitement ordinaire a été employé? Cette durée moyenne a été de vingt-huit jours à peu près, c'est-à-dire précisément la même que dans les cas de typhoïdes légères étudiés par M. *Louis*, et où la saignée n'a point été employée, plus courte d'un jour que dans les mêmes cas soumis à cet emploi. Cependant si nous réunissons, comme nous devons le faire, les cas où cette excitation n'a pas eu lieu, nous trouvons alors que la durée moyenne des affections de cette classe n'est plus que de vingt-quatre jours à peu près; si on y associait les treize observations de la série précédente, on aurait même un peu moins de vingt-trois jours; d'où il suit que l'avantage resterait encore au traitement purgatif, si ces chiffres reposaient sur un assez grand nombre de faits, s'ils étaient composés d'unités toutes bien semblables, bien comparables entre elles. Quant à la convalescence, elle a été très courte, il est vai, pour quelques sujets; mais ils forment le petit nombre; et chez les autres, elle n'a rien offert de remarquable sous ce rapport.

Avant d'essayer à tirer de tout ceci des conclusions, il nous reste à examiner une série d'observations plus graves. Elles nous fourniront sans doute encore quelque lumière, et éclaireront en quelque chose le jugement qu'il nous sera permis de porter.

Troisième série d'observations.

Occupons-nous d'abord des malades qui ont guéri. Les uns ont dû la gravité de leur maladie à l'irritation sympathique de l'encéphale, ou, si l'on veut, à la complication de méningo-céphalite, qui a déterminé un délire bruyant et un état d'excitation dans tous les symptômes; deux autres à la prostration et à la stupeur, qui rapprochent leur affection de la forme adynamique.

15. Chez les premiers, le délire n'a point été tellement complet que l'on ne pût fixer leur attention et obtenir d'eux quelque réponse; il n'a guère duré, à son plus haut degré, que quarante-huit heures; le mouvement fébrile n'est pas devenu tellement intense que l'on ait compté plus de cent dix à cent douze pulsations. L'observation suivante est la plus grave de celles qui nous ont offert ces phénomènes, et qui ont été suivies de guérison.

IXe *Observation.* — Le nommé Ankerman, ébéniste, âgé de vingt-sept ans, à Paris, depuis dix mois, s'était fait saigner au début de la maladie qui l'amena à l'hôpital le sixième jour de l'invasion des accidens. Pendant trois jours, il nous offrit une fièvre vive, quatre-vingt-cinq à cent, sans diarrhée, sans douleur de ventre, mais s'accompagnant d'une forte céphalalgie qui, d'après son rapport, avait été encore plus intense au début; de turgescence de la face, d'éblouissemens, de tintemens d'oreilles, d'agitation et d'affaiblissement considérable; il y avait un peu de toux sèche, avec des râles sous-crépitans à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, qui sonnait bien à la percussion. La langue était large, blanche et humide. On voulut le saigner le surlendemain de son entrée, mais il s'y refusa avec opiniâtreté. De la diarrhée apparut pour la première fois depuis le début. — Le dixième jour, au moment de la visite, comme il venait de quitter le lit, il tombe en défaillance complète; depuis la veille il avait eu cinq à six selles. On commença le traitement laxatif par une once de sel d'Epsom; puis les cinq jours suivans on donna l'eau de Sedlitz à la dose de deux à quatre verres; le quatrième jour, on y joignit le sel de magnésie à prendre dans un verre de tisane à la dose précédente. Les selles varièrent de cinq à dix.

Le malade trouvait assez de force pour se lever et aller les rendre sur un bassin placé près de son lit; plus d'une fois cependant il lui arriva de perdre connaissance et de se laisser tomber. La langue resta humide; mais les lèvres et les dents devinrent, les deux derniers jours, sèches et encroûtées. Le ventre demeura indolent, prit du volume à sa partie supérieure, le long de la base du thorax: on n'y remarqua ni taches ni sudamina. Vers le même temps, la toux était très fréquente, forte, grasse, suivie d'un peu d'expectoration muqueuse; la poitrine conservait sa sonoréité; on y entendait des râles muqueux à grosses bulles et divers ronflemens; la respiration, de vingt ou vingt-quatre, s'était élevée à trente-deux par minute; le pouls était devenu intermittent, large, mais sans force; la peau chaude et sèche. Le regard était inquiet, la parole brève et haute, l'ouïe dure, les réponses justes, mais suivies de quelques propos incohérens. Le décubitus avait lieu le plus souvent sur le dos. Le dernier jour, quinzième accompli de la maladie, la face avait un air très prononcé de stupeur, les pommettes étaient colorées, le reste du visage était pâle et amaigri. — Dans la journée du 16 et dans la nuit du 16 au 17, délire bruyant qui porte le malade à quitter le lit, à s'égarer dans la salle. On est forcé de le tenir attaché à l'aide du gilet de force; et le lendemain au matin, nous le trouvons dans un état de somnolence, les traits alongés, la bouche entr'ouverte. On le fait sortir de cet état, et alors les réponses sont justes, mais brusques; la langue, humide et sans rougeur sur les bords, est sèche et croûteuse au centre; la diarrhée avait été considérable; plusieurs vomissemens avaient eu lieu; le pouls ne battait que soixante-seize fois, avec des irrégularités et des intermittences. On pratique une saignée de quatre poëlettes. (Eau de Sedlitz.) — Depuis la visite du matin, on n'a plus été obligé de le maintenir attaché; mais il a continué de délirer toute la journée et toute la nuit, sans faire effort pour sortir du lit, dans lequel il a laissé échapper ses évacuations. Pendant cinq jours encore on donne les purgatifs aux mêmes doses, et les vingtième et vingt-unième on y joint un lavement laxatif. Les réponses sont justes à la visite; mais, laissé à lui, le malade témoigne de l'égarement dans ses idées, par la volonté qu'il exprime de quitter l'hôpital et le peu d'appréciation qu'il sait faire de son état. Les selles sont fréquentes; elles ont lieu dans les alézes. Le colon transverse se dessine; la vessie assez distendue par l'urine pour devenir appréciable par la percussion, se débarrasse cependant sans qu'on soit obligé de recourir à la sonde. Le pouls varie de quatre-vingt-dix à cent. — Du 23 au 24, le malade ne prend plus que deux verres de purgatifs; il a le sentiment de sa faiblesse; les selles ne sont plus involontaires; le ventre reste légèrement ballonné. — Le 25, on suspend complétement les laxatifs, qui avaient été pris pendant quinze jours; il y a de deux à trois selles les trois jours suivans; le pouls perd de sa fréquence. — Le 28, le faciès était naturel, l'œil expressif, le visage riant; on considère le malade comme convalescent, et on accorde un huitième d'alimens, que l'on augmenta bientôt rapidement. Les selles restèrent au nombre de deux, bien liées; la langue pâle, le ventre indolent. Mais peu de jours avant le départ, au quinzième de la convalescence, le pouls avait repris de la fréquence, la peau un peu de chaleur; le malade se tenait levé toute la journée, quoique faible et chancelant.

Comment aurait marché cette maladie sous l'influence du traitement ordinaire? Je ne saurais le dire, tant cette marche est variable dans les cas qui semblent le plus se rapprocher. Nous voyons manifestement qu'elle s'est accrue pendant les trois premiers jours, que l'indocilité du malade n'a pas permis d'employer le traitement qu'on voulait lui opposer; avec les purgatifs, elle s'accroît encore, mais d'une manière graduelle, reste pendant deux jours à son summum, décroît ensuite de la même manière, et met à peu près le même temps pour revenir à l'état de convalescence. Celle-ci arrive à une époque qui ne dépasse pas la durée la plus commune de ces graves affections, et est même moins reculée que celle indiquée dans l'ouvrage de M. *Louis* comme terme moyen. On dirait que tous nos traitemens, pourvu qu'ils ne soient pas portés au point de perturber trop violemment l'économie, ne la dérangent guère de sa marche ordinaire. Notons qu'une émission sanguine a été pratiquée ici au moment où les accidens étaient arrivés à leur plus haut degré d'intensité. La fréquence que le pouls a reprise dans les derniers jours nous a laissé quelque crainte que ce sujet n'éprouvât de nouveaux accidens s'il venait à satisfaire trop largement son appétit.

Chez un jeune homme de dix-huit ans, le délire apparut prématurément, dans le courant du quatrième jour de la maladie, lorsqu'il n'avait pris encore qu'un verre ou deux d'eau de Sedlitz, sans que l'on puisse par conséquent en accuser ce remède. Il disparut complétement au bout de quarante-huit heures; les symptômes furent ensuite ceux des affections de la classe précédente. Cependant, le ventre, durant trois jours, fut plus sensible à la pression que dans aucun autre cas; la convalescence eut lieu au douzième; mais le vingt-unième, après une alimentation trop copieuse; la fièvre et la diarrhée reparurent; on revint, pendant quatre jours, aux laxatifs; et le vingt-sixième, la convalescence était confirmée; il y eut encore deux à trois selles en diarrhée pendant une huitaine.

Un autre malade ne fut pris de ce délire qu'à une époque avancée, à la suite du développement d'un érysipèle à la face. Jusque-là les symptômes, pendant douze jours de l'emploi des purgatifs, s'étaient maintenus dans un état moyen de gravité; ils s'étaient cependant accrus, le pouls notamment s'était élevé de quatre-vingt à cent; dès le quatorzième jour de la maladie, la face, blême et terreuse, offrait un peu de boursouflement et d'œdème; on remarquait quelques propos peu suivis. La langue était constamment restée sèche et rouge, elle s'était fendillée et était devenue croûteuse; le ventre s'était légèrement ballonné, les selles n'avaient point été involontaires. Pendant la durée de l'érysipèle, le pouls ne dépassa pas cent huit. Les laxatifs furent continués pendant cinq jours, augmentés même d'énergie; on donna trois fois l'huile de ricin à la dose d'une

once, et deux fois un lavement purgatif. Lorsqu'on les quitta, l'érysipèle avait déjà diminué d'intensité; deux jours après, il avait abandonné la face, existait encore dans plusieurs points du cuir chevelu, mais ne déterminait plus d'excitation. Trois jours plus tard, vingt-huitième de la maladie, ce sujet fut considéré comme convalescent. Aucun accident ne vint troubler cette convalescence, qui retint cependant encore le malade vingt-deux jours à l'hôpital. Ce sujet était un forgeron, âgé de vingt-quatre ans, à poitrine large, à muscles développés, d'une très forte constitution. Il est celui, de tous ceux qui guérirent, qui prit les purgatifs pendant le plus long espace de temps, dix-sept jours consécutifs. Son long séjour à l'hôpital nous a permis de constater que le canal intestinal ne conservait aucune trace d'irritation; les selles, réduites bientôt au nombre de deux, revinrent au bout de peu de jours à leur état complétement naturel, et n'augmentèrent point en nombre lorsqu'on accrut les alimens; le pouls tomba à soixante et descendit même à quarante-huit.

Dans les observations précédentes et dans une quatrième qui se rapproche de celle d'Ankerman, sans avoir autant de gravité, sans avoir présenté un trouble aussi prolongé des fonctions intellectuelles, nous voyons, comme nous l'avons déjà fait remarquer, que le pouls n'a jamais pris une fréquence extrême; dans le cas où il en a été ainsi, nous n'avons pas vu la guérison survenir.

16. Chez les deux malades où la prostration et la stupeur prédominèrent, la durée de l'affection fut de plus d'un mois, et la convalescence plus longue encore. La maladie offrit, il est vrai, le plus haut degré d'intensité auquel elle puisse parvenir. Ces sujets doivent-ils au traitement d'avoir échappé à la mort? ou ce traitement n'a-t-il pas au contraire ajouté à la gravité de leur mal?... Chez tous deux on a dû le suspendre au milieu d'accidens encore graves. L'observation suivante est, sans contredit, celle où le malade a couru le plus grand danger.

Xe *Observation.* — Un nommé Hérouard, âgé de vingt-neuf ans, étameur, habitait Paris depuis neuf ans, et n'y avait jamais été gravement malade, lorsque, après un travail forcé et quelques veilles, il fut pris, le 1er septembre, de douleur et de pesanteur de tête, avec perte rapide de forces, anorexie, soif vive, fièvre intense, qui le forcèrent bientôt à garder le lit. A ces accidens se joignait une légère diarrhée, qui ne donnait lieu qu'à deux selles par jour. Il entra à l'hôpital le 8. Les trois premiers jours on se borna à une simple tisane d'orge et aux pédiluves sinapisés. — Le 12, la langue était sèche, le ventre douloureux et ballonné, le malade accablé et engourdi. On donne l'eau de Sedlitz, dont il ne prend qu'un seul verre. — Le 13, l'intelligence est obtuse, la mémoire affaiblie, les idées troublées; la face est pâle, étonnée; les joues sont creuses, les mouvemens incertains et mal assurés. Dents légèrement croûteuses, langue rouge et racornie; ventre météorisé dans sa partie inférieure; on y remarque quatre à cinq taches pâles; il existe une toux légère avec sifflement dans la poitrine; le pouls est à cent quatre, large, mais très dépressible. Six verres d'eau de Sedlitz: plusieurs selles sans coliques; pas de vomissemens, plaintes et gémissemens pendant la nuit. — Le 14, le malade ne répond aux questions que d'une manière vague et embarrassée; la langue est passagèrement molle et humide; les taches lenticulaires sont plus nombreuses. Sel d'Epsom: depuis lors les selles ont lieu dans le lit. Pendant sept jours encore on donne l'eau de Sedlitz. — Le 15, le malade semblait ne pouvoir rapprocher deux idées; il ne fut cependant à aucune époque plongé dans une stupeur assez profonde pour ne répondre à aucune question, ou du moins pour ne pas tenter quelque effort pour y répondre et sortir un moment de son engourdissement. Lors de la plus grande prostration, les paupières et les conjonctives devinrent œdémateuses; le liquide qui soulevait ces dernières s'accumulait tantôt vers l'un des angles de l'œil, tantôt vers l'autre, suivant le côté sur lequel le malade se trouvait couché; des vaisseaux très apparens parcouraient ces membranes, soulevées et écartées de la sclérotique. Jusqu'au 20, il conserva assez de force pour pouvoir s'asseoir presque seul, mais avec de grands efforts, pour l'auscultation. Les jours suivans, ses efforts n'étaient plus suffisans, mais il parvenait encore à changer de position dans son lit, de sorte qu'il n'offrit à aucune époque d'escarres au sacrum ou au trochanter; des excoriations eurent lieu seulement du côté droit, sur lequel il restait le plus fréquemment couché. La vessie, trouvée plusieurs fois distendue, put toujours se vider seule. Le pouls était à cent vingt le 16, la respiration à trente-deux: il était à cent vingt-huit, très faibles et très petites, le 19, et l'on comptait en même temps quarante-deux respirations; des râles très forts et très nombreux se faisaient entendre dans la poitrine. Le ventre acquit assez de volume pour dépasser les côtes, sans cependant parvenir à un état de distension extrême. La langue fut constamment recouverte d'un enduit brunâtre, épais, plus ou moins sec; les dents et les lèvres fuligineuses. — Du 15 au 18, on appliqua des sinapismes aux membres inférieurs. — Le 22, quoique l'accablement fût toujours extrême, le malade paraissait prendre plus de part à ce qui se passait autour de lui; il répondait plus volontiers et plus juste à quelques questions; il demanda même à boire du vin. Sa bouche était cependant sèche et croûteuse; les selles étaient fréquentes, mais il en avait la conscience sans pouvoir les retenir. Solution de sirop de groseilles; camomille vineuse, malaga, ℥ iv; bouillon. Cette prescription est continuée jusqu'au 30. La stupeur diminue graduellement; l'œdème des paupières et des conjonctives disparaît. La langue, d'abord moins épaisse, moins racornie, noircie par la matière colorante du vin, était molle et humide le 29. Les selles restent encore abondantes et continuent à avoir lieu dans le lit. — Le trente-deuxième jour, le pouls n'était plus qu'à cent huit; le ventre était peu soulevé et souple, les selles diminuaient; le malade faisait attention à la recommandation qu'on lui avait faite de se servir de l'urinal. Sommeil; sueurs abondantes au réveil. Depuis deux jours on avait accordé un léger potage. Des sudamina avaient paru sur le thorax. — Le trente-troisième, le pouls était à cent; le malade

nous adressait spontanément la parole ; les sueurs continuaient moins abondantes ; le sommeil était calme et prolongé ; la langue bien humide, rouge, papilleuse, sans traces d'enduit. On donne quelques alimens. Les selles restent supprimées pendant plusieurs jours ; puis, l'alimentation étant graduellement augmentée, il survient des alternatives de diarrhée et de constipation, qui nécessitent quelques momens de diète, après lesquels on ne vit plus reparaître ces accidens. Le malade resta à l'hôpital jusqu'au 15 novembre ; il n'avait commencé à se lever qu'à la fin d'octobre. A l'époque de sa sortie, l'embonpoint et les forces n'étaient pas encore complétement revenus ; mais depuis long-temps la peau était sans chaleur, le teint bon, le pouls de soixante-dix à quatre-vingt, les selles au nombre de deux à trois par jour, l'appétit vif et les digestions faciles.

Je n'ajouterai aucune réflexion à l'exposé de ce fait : il me suffira de faire remarquer que la maladie était encore très grave le vingt-deuxième jour, après dix de l'emploi des purgatifs, lorsqu'on les remplaça par quelques toniques.

17. Si nous recherchons maintenant quelle a été la durée moyenne de l'affection dans ces six cas, nous trouvons qu'elle ne dépasse pas vingt-sept jours un quart, terme plus favorable que ceux indiqués par M. *Louis* pour les cas graves, mais qui ne peut leur être comparé, parce que ce médecin range parmi les affections légères des faits semblables à ceux du jeune homme qui n'offrit qu'un délire passager au début. Si nous écartons cette observation, nous trouvons environ trente jours. Ce chiffre ne dépasse pas encore le plus favorable de ceux du même praticien. Souvenons-nous que l'époque de la convalescence se trouve fixée, dans toutes ces observations, d'une manière assez arbitraire par celle où le malade a été mis au quart, époque qui doit nécessairement varier suivant la conduite que croient devoir suivre, dans la prescription du régime, les praticiens qui dirigent le traitement ; n'oublions pas d'ailleurs que ces faits sont si peu nombreux que l'on ne saurait conclure des chiffres précédens rien de bien positif. Nous ne pouvons toutefois nous dispenser de faire remarquer que ces chiffres devraient être encore plus favorables, pour que l'on fût autorisé à proclamer la supériorité de ce traitement. M. le docteur *J. Pelletan* vient de publier dans le numéro 9 du *Journal hebdomadaire* un tableau des cas d'entérite folliculeuse observés à la clinique de M. le professeur *Bouillaud* pendant l'année 1834, d'où il résulte que, sur vingt-cinq malades traités et guéris de cette maladie, la durée moyenne de l'affection a été d'à peu près vingt-un jours, celle du traitement de treize seulement. M. *Pelletan* ne rangerait sans doute point au nombre des entérites folliculeuses tous les cas que j'ai rassemblés dans ma première série ; aussi je crois devoir me borner à comparer à ses résultats ceux de mes deux dernières classes : la durée moyenne a été de vingt-cinq jours, celle du traitement de dix-sept.

18. Lorsqu'il s'agit de moyens purement empiriques, qui sollicitent chaque jour la sécrétion de l'intestin, déterminent des pertes abondantes de liquides, et fatiguent nécessairement les malades ; lorsque ces moyens, quoique peu irritans, sont appliqués sur des parties enflammées, et que l'issue favorable se fait aussi long-temps attendre qu'après d'autre méthodes ; il faudrait que l'on démontrât que le nombre des cas graves et que la mortalité diminuent notablement, pour que ce mode de traitement résistât à toutes les objections que l'on peut lui adresser. Il ne nous reste plus qu'à exposer ce que nous avons observé par rapport à cette mortalité. Tant de circonstances peuvent la faire varier, en dehors des effets du traitement, qu'il est difficile de saisir, d'après un nombre limité de faits recueillis durant un court espace de temps (du 20 août au 6 décembre), l'influence qu'il doit avoir sur elle. Nous avons déjà vu qu'un malade rangé dans notre seconde classe avait succombé ; douze autres sont morts avec les symptômes de la maladie, et ont tous présenté, à l'exception d'un seul, les altérations ordinaires de l'intestin ; sur ce nombre, trois sont arrivés dans une période tellement avancée, ont péri si peu de temps après leur entrée, trois à cinq jours, que l'on ne peut rien conclure de leur observation. Ils ont d'ailleurs à peine pris de purgatifs. Restent donc neuf malades, parmi lesquels sept arrivèrent à une période peu éloignée du début, du sixième au onzième jour ; ils succombèrent du treizième au vingt-sixième, terme moyen au vingtième.

Chez deux d'entre eux la maladie suivit une marche très rapide, et les symptômes devinrent bientôt très graves.

XIe *Observation.* — Un fondeur de cuillers, âgé de dix-huit ans, à Paris depuis quatorze mois, entra à l'hôpital le sixième jour de sa maladie. Le septième, la face était colorée ; l'expression des traits n'annonçait pas la stupeur, mais seulement la fatigue et l'abattement ; ses réponses étaient justes, sa mémoire sûre ; la céphalalgie, qui avait été vive au début, existait encore ; la bouche était brûlante, la gorge douloureuse, avec rougeur ; la langue, couverte à la surface de villosités blanches, rouge au pourtour, tendait à la sécheresse ; l'abdomen, souple et sans ballonnement, était douloureux à l'hypogastre ; deux selles en diarrhée avait eu lieu depuis l'entrée ; la peau, généralement animée et chaude, ne présentait point de taches ; le pouls donnait cent pulsations larges, mais peu résistantes. Le traitement est commencé avec plus de vigueur qu'à l'ordinaire ; on donne en même temps l'huile de ricin et l'eau de Sedlitz. Douze selles ont lieu avec quelques coliques. Agitation, rêvasseries pendant la nuit. — Le huitième jour, même état du pouls et de la langue, gêne de la déglutition, sans autre altération de l'isthme que de la rougeur ; région iléo-cœcale douloureuse à la pression. Sedlitz ; puis, les jours suivans, alternativement l'huile de ricin, le sel d'Epsom et la même eau. Les évacuations sont nombreuses, et, à dater du onzième jour, elles ont lieu dans les alèzes. — Le neuvième, air d'étonnement, réponses lentes, légère dysécie, langue sèche, fendillée, très rouge à sa partie antérieure ; ventre un peu gros et souple. — Délire pendant la nuit du 9 au 10 ; pouls à cent quatre ; taches nombreuses. — Le 11, on est obligé d'attacher le malade, parce qu'il quitte

le lit, et s'égare dans la salle. — Le 12, absence presque complète; spasmes légers des muscles de la face, stupeur; ventre ballonné; quarante respirations, cent douze pulsations. — Le 13, carphologie, soubresauts des tendons; pouls d'une vitesse et d'une petitesse extrêmes. Mort dans la soirée.

L'autopsie, faite plus de trente-six heures après, et lorsque la putréfaction était déjà avancée, ne nous a permis de constater que l'état des plaques de l'intestin, qui étaient en très grand nombre dans son tiers inférieur, saillantes d'une ligne à une ligne et demie, d'un rouge sale, puis d'un rouge foncé. Dans les deux derniers pieds, ces plaques offraient des ulcérations, sans escarre jaune, peu étendue, qui n'en avaient encore envahi qu'une portion, le tiers ou la moitié, et n'intéressaient point la tunique musculaire. Les follicules isolés étaient nombreux, mais peu tuméfiés, soit dans l'intestin grêle, soit dans le cœcum.

Un second malade fut saigné au moment de son entrée, sixième jour accompli de la maladie, et laissé les deux premiers jours aux simples émolliens. Après un soulagement passager, qui n'existait déjà plus le soir de la saignée, il avait vu son malaise s'accroître, sa faiblesse et son abattement augmenter; des rêvasseries continuelles, des absences complètes avaient lieu pendant la nuit. On donna les purgatifs, et la maladie continua chaque jour à s'aggraver de plus en plus. Après des alternatives de délire et de coma, la mort eut lieu le quatorzième jour.

Parmi ceux dont la mort ne survint pas à une époque si rapprochée du début, il en est encore un qui fut pris, dès le lendemain du jour où nous le vîmes pour la première fois (onzième de la maladie), d'un délire violent, pendant lequel le pouls s'éleva à cent trente-deux. Mais, pour celui-ci du moins, on n'en accusera pas les purgatifs; car ces accidens survinrent avant qu'il y fût soumis, et suivirent de vingt-quatre ou trente heures une saignée faite après la première visite; ils commencèrent à s'amender lorsqu'il n'avait encore pris qu'une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, continuèrent à décroître pendant qu'il était soumis au traitement. On conçut un moment l'espoir de le voir échapper à la mort; mais le poumon droit s'enflamma, la respiration acquit une grande fréquence; la toux ne pouvait toutefois amener d'expectoration, et l'issue fatale survint à la fin du vingt-unième jour.

19. Les symptômes que nous présentèrent les quatre autres sujets ne s'accrurent point avec la même rapidité. Je me bornerai à rapporter ici l'une de ces observations, qui me semble plus remarquable que les autres par la longue durée de l'emploi du traitement, par le peu d'exaspération des huit premiers jours, au bout desquels on observa même un peu de diminution de l'état fébrile, et par le petit nombre des ulcérations de l'intestin, qui explique, je crois, cette marche plus lente.

XIIe *Observation.* — Ce malade était un passementier, âgé de dix-neuf ans, d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, et n'ayant eu qu'un peu de diarrhée à son arrivée à Paris, six mois avant l'invasion de l'affection qui le conduisit à l'Hôtel-Dieu, le 30 octobre. — A la visite du 31, il nous apprit qu'il était tombé malade le 26, qu'il avait cessé de travailler le 28, et avait éprouvé des frissons, de la fièvre, de l'abattement, de l'inappétence et un peu de diarrhée: on ne lui donna qu'une simple tisane. — Le 1er novembre, sixième jour de la maladie, la face était pâle, sans stupeur; la langue était blanche, ses bords à peine rouges; le ventre, indolent, laissait entendre du gargouillement à la pression; une seule selle avait eu lieu la veille. On remarquait quelques taches sur le thorax; l'auscultation laissait entendre de la sibilance; il n'y avait point de toux. Le pouls, plein, médiocrement fort, donnait cent pulsations. On commença le traitement par la prescription suivante: Huile de ricin une once, eau de Sedlitz une bouteille. Huit selles ont lieu sans coliques. Le lendemain, on donna le sel d'Epsom, et les jours suivans, jusqu'au quatorzième de la maladie inclusivement, l'eau de Sedlitz. Les selles varient de six à douze; le ventre resta bien conformé et indolent; il n'y eut pas de vomissement. La langue demeura blanche à sa surface, d'un rouge peu vif aux bords et à la pointe. Le pouls tomba à quatre-vingt-huit; il n'était même plus qu'à soixante-seize le quatorzième jour, quoique le douzième nous l'ayons trouvé une seule fois à cent, comme à la première visite. L'intelligence resta toujours parfaite. — Le dixième jour, l'accablement était plus considérable; il y avait de l'anxiété et une grande faiblesse. — Dans la nuit du 24 au 15, il survint un peu de délire; le lendemain, la face était animée, l'ouïe dure, les réponses justes; la langue était poisseuse, le ventre légèrement soulevé et tendu, le pouls à cent pulsations pleines et résistantes. On continue l'eau de Sedlitz. Le délire reparaît pendant la nuit. Huile de ricin, une once. — Le 17, le trouble des idées persistait à la visite; le faciès était étonné. — Le 18, quoique la langue restât visqueuse et blanche, les dents étaient fuligineuses; les intestins se dessinaient à travers la paroi abdominale; le pouls augmentait de fréquence: cent seize. On ajoute une once de sel d'Epsom dans une bouteille d'eau de Sedlitz: il survient deux vomissemens. — Le 19, la langue était brunâtre, le ventre très ballonné, le pouls à cent vingt. Même prescription; de plus, lavement purgatif, friction sur le ventre avec douze gouttes d'huile de croton; sinapismes. — Le 20, même état. Potion huileuse; quatre gouttes d'huile de croton à l'intérieur; deux lavemens avec miel mercuriel; fomentations aromatiques. Plusieurs vomissemens. — Le 21, ventre énormément distendu; quarante respirations; stupeur profonde. Potion huileuse, fomentation, lavemens, sinapismes. — Le 22, le ventre était beaucoup moins ballonné, mais il avait repris tout son volume dès le lendemain. Vésicatoires aux mollets; émulsion d'huile de ricin. — Le vingt-cinquième jour, le pouls exploré aux plus grosses artères, ne laissait plus sentir que des ondulations fugitives; on comptait quarante-huit respirations. Le malade expire dans la nuit.

Les méninges offrent au pourtour du cerveau, dans une hauteur d'un pouce et demi environ à partir de sa base, une injection fine avec coloration rouge vive, et augmentation légère d'é-

paisseur, principalement sur les côtés et en arrière. Enlevées avec soin, ces membranes laissent les circonvolutions qu'elles recouvraient piquetées de rouge; d'eux d'entre elles sont même inégales à leur surface, et très superficiellement ramollies. Incisé dans tous les points, le cerveau offre une bonne consistance, une coloration normale et peu de pointillé. Pas de sérosité dans les ventricules. Les poumons, gorgés de sang, sont splénisés en arrière. La dernière moitié de l'intestin grêle est fortement injectée; la muqueuse des deux derniers pieds offre une coloration rouge, terne et foncée, et prend une teinte ardoisée près de la valvule. On y trouve un bon nombre de plaques, saillantes de demi-ligne à trois quarts de ligne, rugueuses, chagrinées à leur surface, d'une teinte rouge terne comme le reste de la muqueuse. Trois ou quatre des dernières sont seules ulcérées; la plus grande de ces ulcérations n'a que la largeur d'une pièce de dix sous; leurs bords sont peu saillans et ardoisés. La muqueuse des gros intestins est finement arborisée presque dans toute son étendue; elle offre de grandes plaques d'une couleur rouge uniforme, où elle est épaissie et manifestement plus molle; d'autres, d'une couleur jaune claire, occupant le fond des bosselures de l'intestin, présentent le même ramollissement, quoique toute la paroi soit amincie dans ces points. Dans le cœcum, on trouve trois ulcérations, dont l'une de la largeur d'un franc; leur fond, leurs bords et la muqueuse environnante sont ardoisés. Les ganglions mésentériques sont d'un médiocre volume, rouges, assez fermes. La rate, augmentée d'un bon tiers, est friable et ramollie. Les reins, d'une bonne consistance, contiennent beaucoup de sang; la vessie est saine.

Ce fait prouve que ce n'est pas seulement dans les cas où les ulcérations intestinales sont nombreuses, où la marche et le développement des symptômes sont très rapides, que le traitement échoue. Il prouve plus, ce me semble. Les rougeurs si étendues de la muqueuse, son épaississement et son ramollissement, n'ont-ils pas été produits par l'action continuellement répétée des purgatifs? et les accidens cérébraux, qui ont ajouté tant de gravité à la maladie, ne seront-ils pas regardés comme consécutifs à cette phlegmasie? Les purgatifs sont continués ici pendant dix-huit jours; et, quoique nous ayons vu un malade, celui qui fut pris d'érysipèle, guérir après un nombre à peu près pareil de jours de leur emploi, cette longue durée ne justifie que trop la remarque précédente.

20. Enfin deux malades, arrivés à une période avancée, et à une époque de l'affection que l'infidélité de leur mémoire et l'inexactitude de leurs réponses n'a pas permis de fixer d'une manière précise, offraient une prostration et une anxiété extrêmes : ils eurent tous deux des hémorrhagies intestinales. L'un d'eux resta six jours entiers soumis au traitement, et mourut au bout de ce temps; l'autre n'y fut soumis que les deux ou trois premiers jours après son entrée : il vécut douze jours à l'hôpital. L'intestin grêle n'offrait qu'une seule ulcération près de la valvule, mais plusieurs autres plaques saillantes et tuméfiées; la rougeur et l'épaississement de la muqueuse ramollie étaient étendus à tout le dernier pied; le colon présentait plusieurs ulcérations, et toute l'étendue de la muqueuse avait subi la même altération que la fin de l'iléum. Chez l'autre malade, les ulcérations étaient plus nombreuses dans l'iléum; on en retrouvait trois ou quatre petites dans le cœcum. La coloration et le gonflement de la muqueuse étaient à peu près les mêmes.

Ces derniers faits démontrent ce que les observations où nous avions vu la maladie encore récente arriver avec plus ou moins de rapidité à ce degré auraient pu nous faire conclure *à priori* que, dans les affections parvenues à cette période, ce traitement est complétement impuissant.

21. Maintenant, si nous cherchons quelle est la proportion des cas funestes aux guérisons, nous trouvons que, sur 48 malades, 13 ont succombé, c'est-à-dire environ 1 sur 3,69. M. le professeur *Chomel*, en réunissant les cas d'à peu près sept années, ayant trouvé pour mortalité 1 sur 2,92, la différence à l'avantage du traitement purgatif serait de 0,77. Mais ce professeur rangerait-il parmi les affections typhoïdes tous les cas que nous avons compris dans notre première série? Et, quand il les y comprendrait, les grandes différences qu'il a trouvées d'une année à l'autre ne permettraient de tirer de ce résultat aucune conséquence avant qu'une plus longue observation eût appris si de pareilles différences ne se montrent pas. Pour apprécier plus exactement l'influence de ce traitement, il convient d'écarter les trois malades qui n'arrivèrent qu'à la période extrême, et furent à peine soumis aux purgatifs, aussi bien que celui qui ne les prit que deux jours dans une période moins avancée. Restent alors 9 décès sur 44 malades, ce qui donne pour mortalité 1 sur 4,88, résultat plus avantageux encore que celui de M. *Chomel* pour les chlorures, 1 sur 4,50. Mais ce professeur s'était imposé les deux conditions suivantes : diagnostic non équivoque, intensité assez grande de la maladie pour présenter du danger. Quelques uns des malades de notre première classe ne présentent peut-être pas la première condition; quant à la seconde, il ne paraît pas avoir attendu toujours lui-même qu'elle fût remplie, mais pour *quelques uns* de ses malades seulement, et treize des nôtres seraient dans ce dernier cas.

Comparé aux résultats obtenus par M. *Bouillaud* à la clinique de la Charité pendant une période de vingt mois (depuis avril 1833 jusqu'à la fin d'août 1834, et depuis novembre de la même année, jusqu'à la fin de janvier 1835), ce traitement ne peut paraître que fort inférieur à celui qu'emploie cet habile professeur. Sur 107 malades traités de cette affection durant cet espace de temps, il n'en a perdu que quinze, ce qui donne à peu près la proportion de 1 à 7,13. Ces résultats si favorables portent déjà sur un assez grand nombre de malades; ils ont eu lieu dans une période déjà assez longue pour qu'on puisse les attribuer au mode de traitement. D'un autre côté, M. le docteur *Louis*, qui à la Pitié pousse beaucoup moins l'emploi des émissions sanguines, annonce des résultats également remarquables, plus remarquables même encore,

Je lis dans un des numéros de la Gazette des hôpitaux (1833, n° 90) que, depuis qu'il était médecin de cet hôpital, sur 65 malades, ce praticien n'en avait perdu que 4. J'ai peine à croire cependant que, pour expliquer l'énorme différence que l'on remarque ici, il ne faille pas avoir égard à quelque autre circonstance qu'à celle du traitement.

Le peu de temps qu'a duré mon observation ne me permet pas d'établir entre tous ces faits une comparaison exacte et rigoureuse. M. *Piédagnel* m'a dit, en effet, que, pendant plusieurs mois avant que je ne vinsse à l'Hôtel-Dieu, sur les malades qu'il avait déjà soumis au traitement purgatif, il n'en avait perdu que deux. Tout en admettant qu'il s'est trouvé au moment où j'ai observé un plus grand nombre d'affections graves, les réflexions dont j'ai fait suivre l'exposé de ces différens cas ne s'en trouvent pas détruites.

22. Or, nous avons vu que si, dans le plus grand nombre des cas de fièvres légères, des laxatifs employés chaque jour sont suivis d'une prompte guérison, dans un degré plus élevé de la maladie, bien que l'on puisse voir encore des guérisons rapides sous l'influence du même mode d'administration de ces agens, le nombre des cas où elle continue sa marche et où elle semble s'exaspérer est plus considérable; qu'alors néanmoins la convalescence est encore survenue à une époque qui ne dépasse pas la durée la plus ordinaire des affections de ce degré; que d'autres fois les symptômes les plus graves se développent d'une manière rapide ou lente; qu'une fois nés, ces graves accidens ne cèdent qu'exceptionnellement aux mêmes moyens. Il suit de nos réflexions que si les purgatifs peuvent être employés avec sécurité dans beaucoup de ces maladies, ils ne sauraient l'être dans toutes les formes ni dans toutes les périodes avec la même énergie, la même persévérance; qu'ils ne sauraient l'être surtout journellement. Ce dernier point est un de ceux que l'on peut le moins contester; car, quelle que soit l'hypothèse que l'on admette pour s'expliquer leur mode d'action, on ne peut oublier que l'on ne doit jamais se proposer que d'aider l'organisme; et je ne doute pas que, si nous avons eu des reproches à leur adresser, c'est principalement en raison de l'usage trop prolongé que l'on en a fait. Quant aux périodes, les observations précédentes suffisent pour prouver que dans la dernière ces médicamens sont impuissans ou même nuisibles. Quant aux formes, nous n'avons vu que deux cas d'adynamie profonde, et l'on a pu remarquer que dans ces deux cas on a dû suspendre les remèdes au milieu de symptômes encore très graves. Lorsque les phénomènes d'adynamie ou ceux d'ataxie ne surviennent que tardivement, comme il arrive le plus souvent, ce que nous aurions à en dire rentre dans ce qui vient d'être exposé au sujet des dernières périodes. On aurait pu croire de prime abord, d'après ce que l'on sait de l'influence souvent heureuse des purgatifs dans les inflammations cérébrales idiopathiques, que c'eût été lorsque les désordres cérébraux prédominent, et lorsqu'ils surviennent de bonne heure, que ce traitement se serait montré utile; et l'une des observations que nous avons relatées, où ces phénomènes ont apparu dès le quatrième jour, semblerait confirmer ces prévisions: mais plusieurs autres faits sont venus bientôt établir le contraire. On s'en rendra aisément raison si l'on considère que l'affection cérébrale n'est ici que secondaire; qu'elle est sous la dépendance de l'état de l'intestin, qui, s'il n'offre pas toujours alors des ulcérations plus nombreuses, offre bien souvent au moins des caractères non douteux d'une inflammation vive et étendue du plan même de la muqueuse; qu'elle s'accompagne toujours de symptômes d'excitation considérable, d'un mouvement fébrile intense; et nous avons pu remarquer déjà que ces circonstances sont les moins favorables, ou mieux les plus contraires à l'emploi de ces remèdes. Pour connaître d'une manière plus exacte à quelle forme de la maladie ils sont plus particulièrement applicables, il est besoin d'une observation bien plus longue, bien plus variée, qui peut seule aussi nous éclairer sur leur mode d'action. Jusque-là, tout ce qu'on pourrait dire à l'égard de cette dernière question ne serait qu'hypothétique. Ces agens stimulent l'intestin, provoquent les sécrétions muqueuse, biliaire et pancréatique, déterminent par conséquent des pertes de liquides, accélèrent le mouvement péristaltique, entraînent les matières inoffensives ou nuisibles qui se trouvent dans la cavité abdominale, en préviennent par conséquent la résorption possible. Cette accélération du mouvement péristaltique peut fournir par elle-même une objection contre l'emploi de ce traitement; et, bien que nous n'ayons observé aucun cas de perforation intestinale, on conçoit que cette perforation est d'autant plus à craindre que les contractions de l'intestin sont plus fréquemment répétées; et malheureusement l'époque où elle peut avoir lieu n'a rien de fixe. A cette crainte, bien fondée d'ailleurs opposerons-nous les faits? Toujours nous sommes arrêtés par leur petit nombre: cependant ce nombre se multiplie tous les jours, et je n'ai pas encore connaissance d'un seul cas de perforation (1).

P.-A. Videcoq,

Ancien interne des hôpitaux de Paris; ancien élève de l'Ecole pratique.

II. DU TRAITEMENT DE CERTAINES OPHTHALMIES AIGUES PAR LES VÉSICATOIRES VOLANS SUR LA FACE CUTANÉE DES PAUPIÈRES.

Deuxième Mémoire.

La médication dont il va être question dans ce mémoire, semble d'abord tellement contraire aux principes de la saine thérapeutique, qu'il est indispensable de rappeler avant tout les motifs qui m'ont porté à l'essayer. Appliquer un vésicatoire sur le devant de l'œil, en effet, et de manière à couvrir toute la base de l'orbite, ne manquerait pas de faire crier à la témérité, de paraître excessivement dangereux, si de bonnes raisons n'étaient immédiatement invoquées à l'appui d'une pareille pratique,

(1) Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 28 mars 1835.

d'une pratique en apparence aussi hardie. Voici donc les voies qui m'y ont conduit : j'y suis arrivé successivement par l'analogie, par l'examen anatomique des vaisseaux de l'œil et par l'expérimentation.

Ayant remarqué que des ophthalmies qui avaient résisté jusque-là aux divers moyens dirigés contre elles, disparaissaient quelquefois brusquement à l'occasion d'un érysipèle à la face, je me demandai s'il ne serait pas possible de transformer cet accident en règle, d'établir à volonté sur le visage une sorte d'érysipèle momentané ; je crus entrevoir enfin qu'une vive inflammation artificielle maintenue pendant quelques jours aussi près que possible de la partie malade, opérerait une révulsion puissante et pouvait devenir un résolutif des plus efficaces dans plusieurs maladies de l'œil. Des difficultés, des craintes diverses m'arrêtaient cependant. Placés à la nuque, les vésicatoires réagissent souvent d'une manière plus nuisible qu'avantageuse sur les inflammations oculaires ; sur la face, autour de l'orbite, j'avais à redouter le même inconvénient et qu'ils laissassent des traces indélébiles. En les appliquant sur les paupières, j'allais déterminer une fluxion capable d'aggraver considérablement l'ophthalmie. Convaincu par des essais d'un autre genre que, posés sur des tissus fortement enflammés, les vésicatoires calment plutôt qu'ils n'exaspèrent les symptômes, je résolus enfin de tenter ce dernier mode de traitement. Pour ne compromettre ni la vue, ni la santé générale d'aucun sujet, je dus attendre une des ces phlegmasies chroniques et rebelles qui, en vascularisant la cornée, mettent les malades dans un état voisin de la cécité, sans que rien puisse les faire rétrograder. L'occasion ne tarda pas à s'en présenter.

Un malheureux soldat de l'armée d'Afrique, presque aveugle depuis deux ans, avait la cornée tellement vasculaire et la face interne des paupières tellement fongueuse, que je pensai ne lui faire courir aucun risque en le soumettant à ce moyen, après avoir vainement employé la cautérisation, l'excision et les autres ressources communément vantées en pareil cas. En conséquence, je lui fis appliquer sur le devant de chaque orbite un large vésicatoire, qui ne fut enlevé que le lendemain. La douleur avait été vive, mais superficielle ; loin d'avoir pris une nouvelle intensité, les souffrances parurent manifestement moindres à partir de ce moment. Ce n'est pas sans en être surpris, je l'avoue, que je vis la rougeur, le boursouflement, la vascularisation, diminuer au lieu d'augmenter sous un semblable topique dès le deuxième jour. Le mieux, qui alla en augmentant pendant une semaine, restant ensuite stationnaire fit que j'appliquai deux nouveaux vésicatoires sur les paupières. Leur effet fut le même que la première fois, et ne se prolongea pas davantage. C'en était assez toutefois pour m'enhardir, et je me promis bien de ne plus être aussi timide. Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, mal réglée, scrophuleuse, affectée depuis long-temps de kératite et de blépharophthalmie, ayant épuisé sans succès toutes les ressources de la pharmacopée, vint d'ailleurs s'offrir, en quelque sorte d'elle-même et comme malgré moi, à l'action du vésicatoire volant. Cette fois l'effet en fut si prompt et si manifeste que la maladie, qui était aiguë, accompagnée de larmoiement et de photophobie intense, s'éteignit presque complétement en moins de dix jours. Comme l'intérieur du nez et toute l'étendue des voies lacrymales étaient également enflammées depuis plusieurs mois, les accidens ne tardèrent pas à revenir cependant, et de manière à solliciter bientôt l'emploi d'un nouvel épispastique, qui n'amena cette fois qu'une amélioration de peu de durée, et auquel je crus devoir renoncer peu de temps après chez ce sujet.

Le résultat obtenu chez ces deux malades, sans être tout à fait concluant, était pour moi d'une valeur immense. J'avais ainsi acquis la preuve que, dans certaines variétés d'ophthalmie, soit chronique, soit aiguë, un vésicatoire sur le devant de l'orbite est au moins sans inconvénient, et que dès lors je pouvais en étendre l'emploi avec un peu plus de sécurité.

Cherchant à me rendre compte de son action tout en continuant mes expériences, désirant aussi en préciser l'efficacité, je dirigeai mon attention vers la distribution des vaisseaux de l'orbite. Ce genre de recherches m'ayant appris que les artères qui arrivent à la cornée ou à l'iris appartiennent aux vaisseaux ciliaires, tandis que celles des paupières et de la conjonctive sont fournies uniquement par les musculaires, la branche lacrymale, la nasale et divers rameaux des artères de la face, me permit de comprendre, en partie du moins, ce que j'avais déjà observé, et de distinguer *à priori* les cas qui se trouveraient le mieux de l'usage du vésicatoire. Le raisonnement sur lequel je me fondais est le suivant : un épispastique sur le devant de l'œil n'attire une si forte fluxion, une si grande quantité de fluides dans l'épaisseur des paupières, qu'aux dépens des vaisseaux qui sillonnent l'extérieur de la tête et la cavité de l'orbite. Or, ne peut-on pas présumer que, par cela même qu'elle est fortement activée dans ces vaisseaux, qui sont nombreux et très gros, la circulation se trouve ralentie en même proportion dans les branches ciliaires et l'artère centrale de la rétine, les seules qui entrent dans l'intérieur de l'œil ? Une pareille supposition conduirait à établir que le vésicatoire est surtout efficace dans les ophthalmies internes, l'iritis, les inflammations de la cornée et de la conjonctive oculaire, toutes les fois enfin qu'il importe de diminuer l'afflux du sang dans la coque oculaire.

Poursuivant mon examen des artères, j'ai vu que leur distribution finale me donnerait facilement la clé dont j'avais besoin pour déterminer par quel plan de vaisseaux telle ou telle ophthalmie est véritablement entretenue. L'inflammation occupe-t-elle la face interne des paupières ? Si la rougeur et la vascularisation vont en augmentant à mesure qu'on se rapproche des cils, elles sont entretenues par les artères palpébrales, et devraient être augmentées par le vésicatoire. Si la teinte rouge est plus foncée, ou va en augmentant d'intensité au contraire, en se portant du côté de l'orbite, elle appartient à la conjonctive et se trouve sous la dépendance des artères musculaires qui, n'arrivant pas jusque dans le tissu des paupiè-

res, permettent d'accorder théoriquement quelque confiance au vésicatoire.

Lorsque la maladie occupe le devant de l'œil, elle est caractérisée par une coloration qui, comme pour les paupières, va en se fonçant davantage du côté de l'orbite ou vers la cornée. Dans le premier cas, le plan vasculaire est mobile, violacé, à rameaux tortueux; il appartient à la conjonctive, vient des artères musculaires, et semble de nature à pouvoir être modifié heureusement par l'emploi du vésicatoire. Dans le second cas, la rougeur est plus profonde, plus vive, tout à fait fixe, à rameaux parallèles, sous l'influence des artères ciliaires, et l'indice d'une lésion de la cornée ou de l'iris, d'une lésion que le vésicatoire doit naturellement tendre à entraver.

Ainsi, la théorie, fondée sur les fonctions des vaisseaux de l'œil ou de ses annexes, indique, d'une part, quels sont les tissus dont les inflammations peuvent être amoindries par le vésicatoire; et de l'autre, quel est le genre de tissu malade quand la vascularisation offre tel ou tel caractère anatomique. En procédant de cette façon, j'arrive à présumer que le vésicatoire volant, sur les paupières, convient essentiellement dans les cas où la phlegmasie est alimentée par les artères musculaires, les ciliaires et la centrale de la rétine. C'était à l'expérience de faire le reste, à confirmer ou bien à infirmer ces inductions. J'ai donc continué à l'interroger. Voyons maintenant quel en a été le langage et si elle autorise de nouveaux essais, s'il est réellement téméraire, comme on serait disposé à le penser de prime abord, d'appliquer un vésicatoire volant sur les paupières d'un sujet affecté d'ophthalmie aiguë.

Mes essais ont porté jusqu'ici sur divers cas de blépharophthalmie, aiguë et chronique, sur la kératite ancienne avec vascularisation profonde de la cornée, sur la kératite aiguë, traumatique et spontanée, avec ou sans suffusion, avec ou sans ulcères de la cornée, sur les inflammations purulentes de la chambre antérieure et de la cornée, dans le cas d'hypopyon, par exemple, et de fonte purulente de la cornée à la suite de l'opération de la cataracte par extraction, sur les taches diverses de l'œil avec ophthalmie intense, sur la kératite accompagnée de vive photophobie; sur les ophthalmies catarrho rhumatiques, sur l'iritis ou l'ophthalmie intense, et sur la suffusion récente des chambres de l'œil, par suite d'une lésion du cristallin. J'avais besoin de ces tentatives variées pour arriver à quelques résultats positifs. Aujourd'hui que j'ai fait appliquer ainsi plus de cinquante fois le vésicatoire, je crois être en mesure d'en indiquer les principaux effets d'une manière assez précise pour mettre les praticiens à même de les juger, et d'en tirer parti.

§ I. *Effets du vésicatoire pouvant inspirer des craintes.*

1° Dans aucun cas, les vésicatoires volans, appliqués sur les paupières, n'ont aggravé la maladie de l'œil. Le seul malade qui ait semblé en éprouver des accidens était affecté tout à la fois de leucoma, d'ulcère à la cornée, de kératite aiguë, d'ophthalmie catarrho-rhumatique, de tumeur lacrymale, d'anchylops et d'érysipèle des paupières avec fièvre. L'érysipèle prit une grande extension sous l'épispastique; la réaction générale augmenta d'intensité, et une fluctuation purulente fort large ne tarda pas à se montrer du côté du grand angle; mais l'ophthalmie proprement dite et les altérations de la cornée diminuèrent en même proportion. Jamais l'inflammation de la conjonctive, jamais les taches, les épanchemens, les ulcères, les exulcérations, les infiltrations, la suffusion, la suppuration de la cornée, jamais le trouble de la chambre antérieure ne se sont exaspérés, n'ont pris une marche plus rapide, ou une plus grande extension, sous son influence, que, d'après toutes les probabilités, ils ne l'eussent fait sans lui. J'insiste sur ce point, parce que le premier obstacle qui arrêtera le chirurgien dans l'emploi de ce moyen sera manifestement la crainte de nuire. Eh bien! j'ose affirmer qu'il n'y a rien à redouter sous ce rapport, et qu'un vésicatoire sur le devant de l'orbite est infiniment moins dangereux, eu égard aux ophthalmies, que sur le côté de la poitrine relativement à la pleurésie par exemple.

2° Non seulement le vésicatoire sur les paupières n'augmente pas les phlegmasies de l'œil, absolument parlant; mais encore il n'en exaspère nullement la douleur. Les souffrances qu'il cause sont celles d'un vésicatoire sur toute autre partie du corps, et les malades savent fort bien les distinguer des douleurs qui appartiennent aux tissus primitivement enflammés.

3° Reste une dernière inquiétude à dissiper. Des applications répétées de vésicatoires volans sur les paupières ne laisseront-elles pas des traces désagréables et indélébiles à la face? Qu'on se rassure encore à ce sujet. Comme il ne s'agit point d'entretenir la suppuration d'un pareil exutoire, comme on doit au contraire s'empresser de le faire sécher, la surface du derme n'en souffre aucunement; le réseau de Malpighi et l'épiderme lui-même reprennent bientôt tous leurs caractères primitifs. Une simple tache rougeâtre, qui disparaît au bout de quinze jours ou un mois, en forme toutes les suites. Chez un jeune garçon, âgé de douze ans, qui en a eu quatre sur le même œil, à dix jours de distance, il n'en reste pas la moindre trace aujourd'hui, quinze jours après la dessication du dernier. Il est d'ailleurs bien connu des médecins que les vésicatoires volans n'altèrent ni la couleur, ni la souplesse de la peau, et on ne voit pas pourquoi ils produiraient d'autres effets, sous ce point de vue, aux paupières, que sur toute autre région du corps.

4° Le seul reproche que je pourrais adresser aux vésicatoires sur le devant de l'orbite, c'est qu'ils disposent d'une manière toute particulière le bord de la paupière supérieure à l'orgelet. Toutefois ce léger accident est encore assez rare, car je ne l'ai observé que quatre fois sur le nombre indiqué plus haut. En outre, comme il ne se montre que vers la fin de la dessication, qu'au moment où l'épispastique a produit sur l'œil tout l'effet qu'on est en droit d'en attendre, je ne sais jusqu'à quel point on doit en tenir compte.

§ II. *Effets avantageux du vésicatoire.*

Voilà pour les inconvéniens. Passons main-

tenant aux avantages, aux effets thérapeutiques d'un pareil moyen, et commençons par ce que ces effets peuvent avoir de commun dans les différentes maladies de l'œil; nous arriverons ensuite à quelques unes de ces maladies en particulier.

Les effets du vésicatoire sur les paupières sont de deux sortes : les uns immédiats ; les autres secondaires.

A. *Effets immédiats.*

S'il y avait de *la douleur* de tête, on reconnaît presque toujours qu'elle a diminué, lors de la levée du vésicatoire. Souvent même il n'en existe plus du tout alors. Plusieurs malades se plaignent vivement, il est vrai, mais si on les questionne avec soin, on acquiert bientôt la conviction que leurs souffrances se sont, pour ainsi dire, concentrées à la surface des paupières, qu'il y en a manifestement moins dans l'orbite et dans le reste du crâne qu'auparavant.

L'infiltration, le *gonflement* sont cutanés, tantôt très prononcés, tantôt légers, tiennent l'œil fermé, et la phlogose de la peau empêche de pouvoir écarter les bords palpébraux l'un de l'autre. Aussi est-il assez difficile, dans ces premiers momens, de reconnaître l'état des parties sous-jacentes. Avec de l'insistance et quelques précautions on y parvient cependant. Dans ce cas on constate :

1° Que la photophobie et le larmoiement sont moindres ;

2° Qu'il en est de même de la rougeur et de l'épaississement de la conjonctive oculaire ;

3° Que les ulcères tendent à se déterger, à se modifier ;

4° Que le trouble, la suffusion de la cornée et de l'humeur aqueuse commencent à diminuer, ou, au moins, qu'ils n'ont pas fait de progrès ;

5° Que la même chose a lieu pour la suppuration et les épanchemens de matière purulente ou de lymphe concrescible.

6° Que l'état général du sujet s'est amélioré, et que tous les symptômes de réaction se sont amoindris.

B. *Effets consécutifs.*

Dans quelques cas, que j'indiquerai tout à l'heure, les effets du vésicatoire se bornent à ceux que je viens de signaler ; dans les autres, une série de changemens favorables ne tarde pas à se produire, et de manière que l'amélioration augmente encore le cinquième, le sixième et même le huitième jour. C'est à tel point que le mieux ne devient tout à fait manifeste qu'à partir du moment où la plaie du vésicatoire commence à se dessécher franchement.

Le plus remarquable et le plus important, tout à la fois, de ces changemens, est celui qui concerne le trouble des milieux transparens de l'œil. J'ai constamment vu ce trouble, pris à l'état aigu, diminuer sous l'influence du vésicatoire, mais diminuer d'une manière véritablement surprenante ; que la lymphe soit déposée au fond d'un ulcère, dans l'épaisseur de la cornée, épanchée sous forme d'hypopyon commençant ou d'onglet dans la chambre antérieure; qu'elle soit rassemblée en masse ou en plaques, elle ne s'en dissout pas moins comme par enchantement, et de telle sorte que la clarification de la cornée ou de l'humeur aqueuse semble être le but spécial du vésicatoire.

Un autre effet presque aussi constant que le précédent, mais qui n'est pas aussi prompt, est l'extinction de la phlegmasie dans la conjonctive, puis dans la cornée. S'il y a chémosis, on voit d'abord la membrane perdre un peu de son épaisseur, de son boursoufflement ; puis de sa teinte, et de sa vascularisation ; ensuite elle pâlit tout à fait, principalement en haut, puis en bas, et enfin vers les angles oculaires. L'anneau radié du pourtour de la cornée s'efface ou disparaît en second lieu, s'il n'y a ni ulcère, ni taches, ni altération indélébile dans le tissu de la tunique vitrée de l'œil. Du reste, la crainte de la lumière et l'écoulement des larmes diminuent à peu près dans la même progression. J'ajouterai néanmoins qu'une fois mondifiés, les ulcères de la cornée se comportent ensuite comme de coutume, et que d'autres moyens peuvent être nécessaires pour en hâter la cicatrisation.

Il résulte de ces détails, que le vésicatoire sur le devant de l'orbite ne convient pas également dans tous les genres d'ophthalmies ; qu'il est surtout efficace en favorisant la dissolution ou la résorption des matières qui tendent à obscurcir la cornée ou les humeurs diaphanes de l'œil, et que son emploi est encore indiqué dans les inflammations aiguës, étrangères aux paupières, ou qui ont pour siége quelques unes des tuniques oculaires, ou les divers tissus contenus dans l'orbite. Une revue des affections que j'ai combattues par ce moyen, va nous montrer jusqu'à quel point de semblables conclusions sont justifiées par l'étude des cas particuliers.

Kératite ancienne. — Lorsque des vaisseaux nombreux se sont développés dans le tissu de la cornée, et que cette membrane est comme villeuse à sa surface, sans avoir perdu complétement sa transparence, la maladie est ordinairement tellement ancienne, et d'une si grande ténacité, qu'on ne doit rien, ou presque rien attendre du vésicatoire volant. C'est par cette maladie cependant que j'en ai commencé l'usage. Un des malades eut deux vésicatoires sur chaque œil, à dix jours d'intervalle. Il en résulta une amélioration immédiate assez prononcée chaque fois, mais qui ne se maintint pas, et qui ne fut suivie d'aucun mieux secondaire notable. Comme cet homme avait en même temps un boursoufflement granuleux énorme dans la conjonctive palpébrale, son observation ne paraîtra peut-être pas assez concluante ; mais le sujet de l'observation III, qui n'avait point de blépharite, dont la cornée était tout aussi malade, et sur les paupières duquel j'ai appliqué quatre vésicatoires, comme dans le cas précédent, n'en ayant pas retiré de meilleurs effets, j'ai considéré la question comme jugée, et n'ai plus employé depuis le vésicatoire dans les simples vascularisations de la cornée.

Kératite aiguë. — Les phlegmasies aiguës de la cornée ont toutes été modifiées avantageusement par l'emploi du vésicatoire. Il en est quelques unes néanmoins dont il ne fait disparaître que certains symptômes, ou qu'il n'empêche pas de reparaître bientôt. C'est ce qu'on voit dans l'observation II. Chez cette jeune fille, la kératite, quoique ancienne, était de temps en

temps fort aiguë. La cornée n'était ni dégénérée, ni profondément vascularisée; mais elle se couvrait souvent de petits abcès ou d'ulcères, et les voies lacrymales, ainsi que le nez, étaient le siége d'une inflammation chronique, que rien n'avait pu dompter. Le premier vésicatoire eut un succès qui me surprit, mais la maladie revint et ne fut que légèrement améliorée par le second. Ici l'affection de l'œil me parut être sous l'influence de la constitution évidemment scrophuleuse du sujet.

Une autre femme, prise de kératite depuis huit mois et d'une photophobie telle, que, pendant tout ce temps, il ne lui avait pas été possible d'écarter les paupières, excepté le soir, obtint du vésicatoire une amélioration plus durable. Seul, il mit la malade en état de supporter le contact de la lumière, sans être aussitôt tourmentée de larmoiement et d'éternuement répétés. La rougeur et les autres caractères de l'ophthalmie aiguë se dissipèrent aussi en grande partie sous son influence; mais la cornée conserva l'aspect terne de son centre et la vascularisation périphérique qu'elle avait auparavant. Dans ce cas encore, l'altération des tissus était trop profonde et trop ancienne pour que le vésicatoire pût en triompher. Nous verrons, en avançant, que l'action de ce moyen n'a guère de prise en effet que sur des phénomènes moins invétérés ou des changemens organiques moins persistans. Aussi remarque-t-on, dans l'observation XXVII, qu'il est parvenu à éteindre complétement la kératite aiguë sur un œil qui offrait de nombreuses traces d'ancienne kératite chronique, tout en laissant intacts les stigmates morbides antérieurs. Douleur, larmoiement, photophobie, injection de la conjonctive, rougeur de la sclérotique, suffusion, teinte verdâtre de la cornée; tous les symptômes récens enfin ont disparu en effet; mais les albugo, les cicatrices, les bosselures préalables du devant de l'œil sont restés avec leurs caractères primitifs.

Kératite traumatique. — L'incision de la cornée, dans l'opération de la cataracte par extraction, donne lieu à différentes sortes d'inflammations. Tantôt il n'en résulte qu'une espèce d'ophthalmie catarrho-rhumatique, sans menace d'opacité, ni de suppuration. D'autres fois, au contraire, le lambeau de la membrane divisée se boursouffle, jaunit et subit rapidement la fonte purulente. Je n'ai encore essayé le vésicatoire qu'une fois dans le premier cas; j'en ai fait usage cinq fois dans le second. Le résultat me permet de conclure que les effets seront différens selon que la cornée seule tend à suppurer ou que tout l'intérieur de l'œil menace de se fondre. Si le mal ne comprend que la cornée, le vésicatoire volant l'arrête, l'empêche de pénétrer au delà de l'iris, en réprime la suppuration et restreint ainsi manifestement l'opacité, qui, sans cela, manque si rarement de s'étendre jusqu'au devant de la pupille. En preuve de ces assertions, j'invoquerai d'abord l'observation IV, puis l'observation VII. Pour ceux qui savent comment procède la fonte de la cornée après l'opération de la cataracte, il sera au moins très probable que, sans les vésicatoires sur les paupières, les deux yeux de cette femme se fussent complétement obscurcis, et qu'il en eût été de même de celui de l'homme, dont l'iris a fini par retrouver une partie de sa mobilité. L'observation V et l'observation IX prouvent que, si l'inflammation occupe en même temps la chambre postérieure, le vésicatoire ne suffit pas plus que les autres moyens journellement employés pour empêcher la suppuration de s'emparer de l'intérieur de l'œil. Cependant, comme il n'a été mis en usage ici qu'à dater du moment où cette suppuration était déjà très avancée, et comme l'organe a fini par conserver sa forme au lieu de s'atrophier, ainsi qu'on l'observe souvent en pareil cas, on n'est peut-être pas en droit, même alors, d'en contester l'utilité.

Lorsque la cornée s'enflamme par suite d'une division qui n'en comprend pas toute l'épaisseur, le vésicatoire est d'une efficacité remarquable, toutes les fois qu'elle tend à s'infiltrer de pus ou de matières plastiques, à perdre sa transparence; l'observation XVI en est la preuve. Une pierre était tombée de haut sur l'œil de cet homme, dix jours auparavant; l'inflammation n'avait pas cessé de s'aggraver malgré le traitement antiphlogistique. Il y avait douleur vive dans tout l'orbite, insomnie et mouvement fébrile. Un chémosis livide entourait la cornée qui était verdâtre partout, et dont les lames antérieures avaient été détruites dans l'étendue de trois lignes verticalement et d'une ligne et demie transversalement, vis-à-vis de la pupille. Une plaque d'un blanc jaunâtre, complétement opaque, qui en aurait facilement imposé pour une cataracte, existait dans les lames du fond de la plaie, de manière à cacher en entier la prunelle. L'humeur de la chambre antérieure était aussi sensiblement troublée. Eh bien! le vésicatoire appliqué sur-le-champ, au milieu de semblables conditions, a fait cesser immédiatement les accidens généraux. Tous les symptômes d'inflammation locale ont aussi commencé à diminuer dès le lendemain; la rougeur, le boursouflement de la conjonctive, la matière opaque épanchée dans l'épaisseur de la cornée, étaient plus de moitié moindres le quatrième jour. Un second vésicatoire a dissipé le reste des accidens et tellement activé la cicatrisation de la plaie, que le malade a pu sortir de l'hôpital six jours après avec un simple nubécule.

Kératite avec hypopion. — Quand du pus se dépose dans la chambre antérieure ou derrière la cornée, sous forme de flocons ou de demi-lune, le vésicatoire produit les mêmes effets que dans le cas précédent; mais la terminaison définitive du mal peut amener des différences dont il est bon d'être prévenu. Si la pupille n'est pas contractée, si l'iris n'est pas le siége d'une inflammation chronique, que la cornée soit d'ailleurs ulcérée ou non, l'œil se clarifie bientôt, l'inflammation tombe peu à peu, et la vision finit par se rétablir en entier, à moins que quelque tache ne se fixe au devant de la prunelle. J'ai vu se dissiper ainsi les kératites les plus intenses sans laisser de trace, quoiqu'un dépôt opaque, jaune, occupât le cinquième inférieur de la chambre antérieure, ou que la cornée fût comme infiltrée d'une matière semblable dans plus de la moitié de sa circonférence.

Quand il y a en même temps iritis ou quelque phlegmasie dans la chambre postérieure, la résorption de la matière purulente et le rétablissement de la diaphanéité des milieux transparens,

s'opèrent encore quelquefois; mais les phénomènes inflammatoires qui s'amoindrissent, qui cèdent même en grande partie, le plus souvent, ont une certaine tendance à revenir, et l'iris ou quelque autre membrane interne manque rarement alors de l'altérer au point d'éteindre ou au moins d'affaiblir considérablement la vision. C'est ce que démontre très bien en particulier l'observation XV. L'observation qui appartient à cette catégorie n'en est pas moins une de celles qui font le mieux ressortir l'action bienfaisante du vésicatoire. Tous les traitemens possibles avaient été vainement employés depuis dix mois ; une nouvelle exacerbation, accompagnée d'un commencement d'hypopion, me décide à essayer le vésicatoire. L'épanchement du pus s'arrête sur-le-champ, et disparaît en trois jours ; l'inflammation se dissipe en même temps, et l'œil est si bien pendant quinze jours, qu'une guérison prochaine paraît évidente : alors survint une recrudescence semblable à la première. Le vésicatoire en triompha de nouveau. Les accidens reparaissent une troisième fois après le même laps de temps et sont encore conjurés par le vésicatoire; enfin une quatrième récidive a lieu, et l'épispatique, qui ne la calme qu'incomplétement, est ensuite abandonné, attendu que l'hypopion ne semble plus à craindre, et que l'ophthalmie interne qui persiste pourrait bien tenir à la présence dans l'œil du fragment de capsule, cause première de la maladie.

Je dis que ce cas est un des plus concluans parce que les accidens qui se sont reproduits quatre fois avec la même intensité et les mêmes caractères ont constamment cédé de la même manière, au même moyen, chez le même individu, quoiqu'ils fussent évidemment entretenus par une cause que rien ne pouvait atteindre et qui se maintenait dans l'œil.

Ainsi, dans les ophthalmies internes, le vésicatoire tend à clarifier les humeurs, à dissiper les épanchemens, les infiltrations de pus ou de lymphe, qu'ils aient lieu, soit dans l'iris, soit dans la capsule du cristallin, soit dans le corps vitré, soit dans l'humeur aqueuse. Il concourt en outre à résoudre l'inflammation, à éteindre la souffrance ; mais il n'empêche ni la coarctation de la pupille, ni les adhérences de l'iris, ni la synéchie soit antérieure, soit postérieure, ni une foule d'autres changemens organiques profonds, qui mettent bientôt un obstacle invincible à la perception des images.

Kératite ulcereuse.— Les abcès, les ulcères à fond et à circonférence opaques de la cornée résultent tous d'une kératite plus ou moins intense et plus ou moins générale. Le vésicatoire leur convient d'autant mieux que la kératite est plus aiguë et l'extension de la suppuration plus imminente : ses effets sont les mêmes que dans la kératite traumatique. La suffusion, les flocons, les plaques grises ou jaunâtres se raréfient et disparaissent par degrés ; les ulcères se mondifient, se détergent, et suivent ensuite leur marche accoutumée. La vascularisation de la conjonctive et de la sclérotique se restreint aussi de plus en plus, sans se dissiper tout à fait cependant, jusqu'à la cicatrisation définitive des ulcères.

Si les ulcères ne sont garnis de lymphe plastique ou de matière purulente, ni à leur pourtour, ni dans leur fond, le vésicatoire n'a plus d'opacité à dissoudre, mais il en borne les progrès, les empêche de creuser le tissu de la cornée, en excite la cicatrisation et agit de la même façon que précédemment sur l'inflammation : on aurait tort alors d'en attendre d'autres bienfaits. Ce sont donc les ulcères aigus, les exulcérations rampantes, les ulcères brûlans de la cornée, tels que je les ai décrits ailleurs (1) qui peuvent en retirer le plus de succès sous ce rapport.

Kératite aiguë simple. Dans les ophthalmies qui ont le tissu fibro-séreux de l'œil pour siége, c'est-à-dire dans les ophthalmies rhumatiques, les effets du vésicatoire sont plus complets encore que dans aucun des cas indiqués jusqu'ici, quelle que soit l'intensité de l'inflammation, tant que les altérations de la cornée se réduisent à de la suffusion, à une simple teinte verdâtre. Nul topique ne jouit d'une aussi grande efficacité en pareil cas. Le mal est comme étouffé sous le vésicatoire et disparaît ordinairement en entier avec un ou deux épispastiques dans l'espace de huit à quinze jours.

L'ophthalmie catarrho rhumatique, c'est à dire l'inflammation combinée de la conjonctive oculaire et de la coque de l'œil lui résiste encore moins. Il en fait habituellement justice en quatre, six ou huit jours, de sorte qu'il est inutile d'en appliquer successivement plusieurs. L'histoire du malade qui fait le sujet de l'observation XXIV est une des plus curieuses que j'aie recueillies sous ce point de vue. Nous avions essayé saignées, sangsues, purgatifs, topiques émolliens, collyres divers, sans résultat appréciable. Nous restâmes quatre jours dans l'expectation pure, pendant lesquels la phlegmasie parut encore augmenter. Un vésicatoire fut appliqué sur l'œil droit seulement, parce qu'il était le plus malade, et afin de comparer la marche de l'inflammation sous l'épispastique avec celle de l'organe non traité. Dès le troisième jour, les accidens étaient manifestement moindres à droite qu'à gauche. Ils ont continué de s'éteindre ensuite sans interruption du côté du vésicatoire, tandis que l'œil gauche s'est maintenu exactement dans le même état qu'auparavant. Ce fait étant bien constaté, je n'ai plus hésité à traiter le côté gauche par le même moyen, et le succès a été en tout semblable. Il n'a fallu qu'un vésicatoire et huit jours de chaque côté pour enlever jusqu'à la dernière trace d'une ophthalmie qui s'annonçait avec des caractères fort alarmans. On n'oubliera point en outre que ce malade éprouvait de violentes douleurs de tête, un mouvement fébrile, de l'embarras dans les voies digestives, et qu'il sembla t être sous l'influence d'anciennes infections syphilitiques négligées.

Ce que le vésicatoire produit dans les ophthalmies catarrho-rhumatiques, arrive plus promptement encore peut-être dans les ophthalmies purement catarrhales de la conjonctive oculaire. Il n'est pas plutôt appliqué alors que l'inflammation commence à rétrograder, et, quelquefois, elle est complétement éteinte avant qu'il ne soit tout à fait sec. Si je n'y ai eu recours qu'un si petit nombre de fois en semblable circonstance, c'est que la solution de nitrate d'argent et quelques autres collyres permettent aussi

(1) *Dict. de méd.*, 2e édit., art. cornée.

de guérir très vite la plupart de ces ophthalmies, et que, par conséquent, je ne me suis pas souvent trouvé dans la nécessité d'invoquer la puissance d'un moyen aussi énergique, aussi contraire à nos habitudes thérapeutiques.

Je n'ai point encore employé le vésicatoire dans le cas de blépharite, mais la distribution des vaisseaux me porte à penser qu'il ne convient ni à l'inflammation des follicules de Meibomius, ni à la psorophthalmie, ni aux autres phlegmasies chroniques de ces parties. Ce n'est guère que dans la conjonctivite que j'oserais le prescrire.

Peut-être devrait-on l'essayer aussi dans le cas de cataracte commençante, surtout chez les jeunes sujets. Sous ce point de vue, je ne possède encore aucun fait, et mes présomptions ne se fondent, jusqu'à présent, que sur l'action *clarifiante* ou dissolutive du topique dont il s'agit. J'ajouterai toutefois que je l'ai tenté sur un malade, et que le résultat est resté douteux. Le cristallin semblait avoir été broyé par commotion sous l'influence d'un coup de tige verte de buisson porté sur la cornée. Quelques flocons opaques se voyaient dans la chambre antérieure, et d'autres semblaient comme collés à la face postérieure de la cornée, en même temps qu'une cataracte traumatique occupait toute la pupille. Le mal ne datait que de trois semaines. Aucune inflammation n'était survenue. Un vésicatoire fut appliqué. L'œil devint un peu rouge pendant quelques jours, et reprit ensuite son état primitif. Au bout de huit jours, les flocons libres commencent à s'éclaircir; ils ont fini par disparaître tout à fait. Le contour de la pupille s'est aussi dégagé. En moins de trois semaines, la vision, qui était d'abord nulle, s'est considérablement améliorée; mais ces changemens peuvent-ils être attribués au vésicatoire? (*Voyez* Obs.)

A. Velpeau.

(*Les observations et les corollaires à un prochain numéro.*)

III. Introduction d'un haricot dans la trachée. — Trachéotomie. — Mort.

Le dimanche, 26 avril 1835, à dix heures du matin, Céline B...., agée de 10 ans, habitant la commune de Romilly-sur-Andelle (Eure), jouait avec sa sœur, tenant dans sa main des haricots desséchés, de temps en temps elle s'amusait à en mettre dans sa bouche, et au moment où elle faisait un effort d'inspiration pour appeler sa jeune sœur, elle sentit un de ces haricots tomber dans sa gorge avec impossibilité de le rendre ou de l'avaler: il s'ensuivit une gêne extrême dans la respiration avec menace de suffocation : peu après il survint un instant de calme (trois quarts d'heure environ), qui mit les parens dans une trompeuse sécurité. Mais l'étouffement, les accès convulsifs, reparurent de nouveau, les parens alarmés appelèrent alors M. Lancelvie, médecin à Pont-Saint-Pierre, qui se transporta immédiatement près de la malade. A la première inspection, il ne put s'assurer si le corps étranger était dans l'œsophage ou le larynx, la jeune malade lui ayant peu à près raconté comment l'accident était arrivé, il supposa qu'effectivement un haricot avait pu s'engager dans les voies aériennes ou alimentaires et s'y arrêter : il provoqua alors le vomissemens par différens moyens, espérant être assez heureux pour, au moyen des efforts que l'enfant serait obligée de faire, expulser le corps étranger. Mais tous les moyens employés échouèrent. M. Lancelvie ne douta pas alors que le corps étranger ne se fût engagé dans le larynx et prévint les parens du danger que courait leur enfant. Je fus appelé en consultation à 9 heures du soir, et trouvai la petite malade dans l'état suivant :

Respiration extrêmement gênée, accompagnée d'un râle sifflant, de temps en temps menace imminente de suffocation, pendant ces accès, la face devenait d'un rouge violet, ses muscles se contractaient, les yeux s'animaient et devenaient hagards, les membres se raidissaient convulsivement, l'enfant se roulait dans son lit en poussant des cris entrecoupés comme si quelque chose lui interceptait le passage de l'air; tout à coup l'accès se passait, l'enfant devenait calme et dans un état de stupeur, les yeux étaient abattus, la pâleur du visage se manifestait, il ne restait des suptômes énoncés plus haut que la difficulté continuelle de respirer, avec le râle sifflant dont déjà j'ai fait mention. Le pouls était assez fort et régulier, augmentant de fréquence seulement lors des accès.

Je reconnus aussitôt qu'un corps étranger était engagé, soit dans le larynx, soit dans la trachée-artère et proposai à mon confrère l'opération de la laryngotomie qui fut immédiatement décidée entre nous. Nous en fîmes part aux parens, et M. Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen fut appelé : il arriva à cinq heures du matin. L'état de la petite malade n'avait pas beaucoup changé, elle avait eu une seule fois un accès de suffocation d'une heure de durée; vers deux heures du matin, le calme avait succédé, et nous la vîmes à peu près dans le même état que nous l'avions laissée; le pouls se soutenait de force et de régularité.

Le docteur Flaubert jugea comme nous l'opération nécessaire, et y procéda aussitôt. Nous fûmes obligés de tenir l'enfant, à cause du peu de docilité qu'elle montrait; et les mouvemens convulsifs qu'elle faisait rendirent l'opération fort difficile à pratiquer. Voici toutefois comment s'y prit cet habile opérateur. Avec un bistouri convexe, il fit sur le trajet du larynx en continuant jusqu'au second anneau de la trachée artère une incision longitudinale à la peau, mit à nu le larynx et la membrane crico-thyroïdienne. Cette membrane fut perforée au moyen d'un bistouri droit boutonné, le larynx fut incisé de bas en haut : on suspendit un moment l'opération à cause des mouvemens continuels et gênans auxquels se livrait la malheureuse enfant. L'intérieur du larynx fut exploré, mais on ne trouva pas le corps étranger; la difficulté de la respiration était toujours la même; deux anneaux de la trachée furent incisés, on ne fut pas plus heureux. M. Flaubert introduisit dans le tube aérien une sonde à la profondeur d'environ deux pouces et demi, mais ne put rien sentir, et cependant la suffocation persistait, un peu

d'air seulement se dégageait par la plaie et faisait bouillonner la petite quantité de sang qui s'en échappait. On pensa alors que le corps étranger avait dû s'engager dans les bronches, dès lors toute tentative devenait inutile. Il restait à espérer ce qui arrive quelquefois, que dans un effort quelconque occasioné, soit par la toux, soit par la difficulté que l'enfant éprouvait à respirer ; le corps étranger fût naturellement poussé en haut, et alors trouvant l'issue qui lui était pratiquée, vînt à être rejeté. La plaie fut couverte d'un morceau de gaze soutenu au moyen d'un bandage fort peu serré. La malade resta dans cet état jusqu'au jour suivant, trois heures du matin, qu'elle expira après avoir été en proie à d'horribles souffrances occasionées par les étouffemens continuels et les accès convulsifs qui en résultaient.

L'autopsie fut faite vingt-sept heures après la mort ; je la pratiquai assisté de M. Lancelvie et voici comment je procédai.

Je prolongeai jusqu'à la partie supérieure du sternum l'incision qui avait été faite au devant de la trachée et introduisis une sonde dans ce canal, mais n'éprouvant aucune résistance, je fis une incision de chaque côté du sternum et coupai les cartilages costaux : le sternum fut renversé sur l'abdomen, la trachée mise à découvert, et en l'explorant je sentis à travers ses parois un corps mobile remontant au moindre mouvement qui lui fût imprimé (cette mobilité n'existait pas sans doute pendant la vie, elle était due à la laxité des fibres de la trachée survenue après la mort). Le tube aérien fut incisé jusqu'à l'endroit où il se bifurque; là se présenta le haricot qui s'était gonflé ayant acquis trois fois la grosseur qu'il avait lors de son injection, ce que nous pûmes vérifier en comparant un de ces légumes à l'état sec et tels qu'ils étaient lorsque la petite fille les tenait dans sa main. Ce corps étranger était par conséquent descendu trop bas pour être saisi lors de l'opération. Ensuite, comment expliquer le passage facile de la sonde sinon qu'elle pouvait glisser entre les parois de la trachée et le haricot qui était devenu très lisse et enduit de matières muqueuses facilitant singulièrement le glissement de cette sonde.

Ainsi donc, tous nos soins furent inutiles, et nous fûmes condamnés à voir périr la malheureuse enfant, puisque dans ce cas les ressources de notre art n'étaient pas assez puissantes. Je laisse à la sagacité des praticiens les réflexions que cet accident peut faire naître. Si l'opération avait été pratiquée au moment de l'événement, eût on mieux réussi? elle ne le fut qu'au bout de dix-neuf heures.

LALLEMANT,
Médecin à Pont-de-l'Arche.

IV. TRANSPOSITION GÉNÉRALE DES VISCÈRES COMPOSANT LES APPAREILS DIGESTIF, RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE.

Le nommé Tabary, Philippe-Joseph, âgé de 26 ans, soldat au 62e régiment d'infanterie de ligne, était entré à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 18 novembre, pour une phthysie pulmonaire dont il était atteint depuis trois ans, et à laquelle il a succombé le 22 janvier 1835 dans ledit hospice.

Transporté le lendemain au cabinet de dissection du premier chirurgien chef interne pour servir à ses leçons d'anatomie, le cadavre nous a présenté une transposition totale des organes thoraciques et abdominaux.

Cavité thoracique. — Le cœur offre sa base sur la ligne médiane, et son sommet à droite ; cet organe entièrement renversé présente sa face postérieure en devant, ses cavités artérielles à sa droite, et ses cavités veineuses à gauche. Née par suite de cette transposition du ventricule droit, l'aorte affecte dans sa courbure la direction de gauche à droite, et descend au côté droit de la veine cave inférieure, sur le côté correspondant du corps des vertèbres dorsales et lombaires, pour se terminer en iliaques primitives. Née du ventricule gauche, l'artère pulmonaire se dirige à droite et se termine par trois grosses branches pour le poumon gauche, et en deux seulement pour le poumon droit : une division analogue existe pour la terminaison de la trachée-artère en bronches et coïncide avec une disposition semblable que nous verrons bientôt exister dans les organes pulmonaires eux-mêmes.

L'oreillette droite du cœur offre les ouvertures des quatre veines pulmonaires. L'oreillette gauche offre celles des deux veines caves. L'inférieure étendue sur la partie latérale gauche du corps des vertèbres, monte au côté gauche de l'aorte, traverse l'ouverture diaphragmatique située dans la portion gauche du centre phrénique, et vient se déboucher dans la partie inférieure de cette oreillette.

Etendue entre ces deux veines, l'azygos se trouve couchée sur la partie latérale gauche du corps des vertèbres.

Les deux poumons offrent la division de leurs lobes en sens inverse de l'état normal; le droit, dont le parenchyme est caverneux dans presque toute son étendue, affecte une division en deux lobes seulement, tandis que le gauche tuberculeux en présente trois.

L'œsophage, situé en haut, sur la ligne médiane, se dirige un peu à droite de la trachée-artère, et vient s'ouvrir dans la portion droite de l'estomac.

Cavité abdominale. — Renversement total de tout l'appareil digestif. L'estomac offre son grand cul-de-sac ainsi que son ouverture cardia à droite, et le pylore à gauche. Le duodénum situé dans la portion correspondante de l'abdomen affecte une courbure en sens inverse de l'état normal. Le pancréas situé dans sa concavité offre sa tête et l'orifice de son canal excréteur à gauche et sa queue à droite. La masse des intestins grêles est située comme d'ordinaire au centre du cercle que lui forment les gros intestins, mais l'extrémité de l'iléon se termine dans la fosse iliaque gauche, et donne naissance au cœcum qui y est fixé, la position anormale de cet organe entraîne celle du reste du tube digestif; de là le colon ascendant se trouve situé dans le flanc gauche, et le colon descendant dans celui du côté opposé. L'S iliaque fixée dans la fosse de ce nom du côté droit, se termine par

le rectum qui affecte une direction de droite à gauche en plongeant dans le petit bassin.

Le foie est situé dans l'hypochondre gauche et offre son volume normal. Par suite de cette disposition la vésicule biliaire présente sa grosse extrémité à gauche et son canal extérieur à droite : ce dernier s'ouvre dans la convexité de la courbure du duodenum. La rate peu volumineuse occupe l'hypochondre droit et correspond par sa face interne au grand cul-de-sac de l'estomac.

Les reins, les uretères et la vessie offrent leur position et leur état normal.

Les vaisseaux et les nerfs destinés aux organes dont la transposition est ici relatée, affectent dans leur trajet une marche analogue.

Le cerveau n'a pu être examiné.

GUSTAVE VIGNOLO,

Chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par Fréd. DUBOIS, *d'Amiens*. 2 vol. in-8°.

Dans sa préface, M. Dubois (*d'Amiens*) nous dit qui il est, et d'où il vient. Il nous apprend que sa jeunesse médicale s'est passée dans la critique et dans la polémique, et s'est préparée aux travaux sérieux et didactiques par des pamphlets scientifiques, qu'il regarde aujourd'hui avec dédain. Nous faisons peu de cas des pamphlets, quelque esprit qu'on y mette, par la simple raison que deux pamphlets peuvent être également victorieux l'un contre l'autre, sans toucher nullement au fond des choses : passons donc à M. Dubois ses *juvenilia*. La première entrée grave qu'ait faite l'auteur dans le monde médical est la publication d'une *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. Cette monographie a été accueillie avec succès, et méritait de l'être. M. Dubois y avait certainement déployé un remarquable talent d'observation, de méditation et de critique : il avait fait preuve d'une logique médicale excellente, en distinguant par la considération de leurs causes, de la succession de leurs phénomènes, de leur nature essentielle, de leur traitement, de leur influence sur l'économie, deux maladies que plusieurs auteurs, et en particulier Sydenham, avaient complètement confondues. De nombreux passages de l'*Histoire de l'hypochondrie et de l'hystérie* faisaient bien comprendre à quelle école appartenait M. Dubois, ou plutôt à quelles écoles il n'appartenait pas. Il s'élevait avec force contre l'organicisme et contre l'iatrochimisme contemporains, et contre cette manie localisante qui a tant rétréci le champ de la médecine pratique; il insistait pour que, dans les maladies, on observât surtout les organes en action, et qu'on s'appliquât à connaître leurs sympathies réciproques, afin d'en prévenir ou d'en éveiller le jeu, suivant la crainte ou le besoin qu'on pourrait en avoir : c'était de l'Hippocratisme intelligent et progressif.

Nous devons au public de lui parler des deux volumes de *Pathologie générale* de M. Dubois (*d'Amiens*). Et d'abord voyons le plan.

On appelle pathologie générale, l'ordre de considérations dans lesquelles on traite des maladies en général, dans lesquelles on examine les maladies dans ce qu'elles ont de commun, dans les points de contact et dans les liens qui les unissent. Ainsi, les maladies ont des causes ; ces causes sont endémiques, épidémiques, sporadiques, prédisposantes, déterminantes, etc. Qu'est-ce qu'une endémie? qu'est-ce qu'une épidémie ? qu'une prédisposition ? — Les maladies ont une marche, des périodes d'invasion, d'augment, de déclin, de terminaison. Comment se succèdent, en général, les phénomènes morbides dans ces différentes périodes ? Qu'est-ce qu'une crise ? qu'une métastase ? — Quelles sont les règles générales du diagnostic ? du pronostic ? des principales méthodes de thérapeutique? — Voilà ce que c'est que la pathologie générale. C'est dans ce sens, sur ce plan, qu'est composé, par exemple, l'ouvrage de pathologie générale de M. le professeur Chomel. Ce sont là, comme on voit, les sommités les plus hautes de la pathologie : *Summa fastigia rerum*.

Mais n'est-il pas possible de donner encore d'autres généralités sur la pathologie? Oui. Qu'on prenne les grandes et principales formes de maladie (abstraction faite de l'organe qu'elles peuvent occuper, et du caractère déterminé que peuvent leur imprimer quelques circonstances particulières) : l'inflammation, la fièvre, l'état nerveux, le rhumatisme, le catarrhe, etc.; ce sera encore de la pathologie générale. Pinel avait fait de la pathologie générale dans sa *Nosographie philosophique*, en donnant les caractères généraux des phlegmasies séreuses, muqueuses, etc.; des névroses, des hémorrhagies, etc.

La nécessité, ou tout au moins l'utilité et l'à propos, de faire entrer cette sorte de pathologie générale secondaire dans la pathologie générale, s'était déjà fait sentir à plusieurs médecins. Cabanis, en particulier, avait dit : « Dans la division *générale* des maladies, quelques médecins distinguent celles qui affectent les solides « de celles qu'on peut regarder comme particulièrement propres aux fluides. Cette première « division, quoiqu'un peu vague, est assez « bonne au fond ; elle peut être conservée. Il « faut pourtant se garder de croire qu'elle soit « exempte de tout arbitraire, et qu'elle puisse « devenir fort utile dans l'étude particulière de « l'homme malade; car il est infiniment rare « que les affections qui intéressent ces deux « grandes classes de parties vivantes ne soient « pas compliquées les unes avec les autres. « Peut-être l'état des fluides n'éprouve-t-il aucune modification qui n'ait sa source dans « celui des solides, ou plutôt les solides et les « fluides sont-ils peut-être toujours affectés simultanément. Quoi qu'il en soit, les maladies « peuvent être sous-divisées, d'abord en maladies qui s'étendent à des systèmes tout en-

« tiers, tels que les systèmes nerveux, musculaire, sanguin, lymphatique, etc.; et en « maladies qui se bornent à des organes particuliers, comme l'estomac, le foie, le poumon, « la matrice.» (*Rapports*, etc. tom. II, § IV.)

L'anatomie générale de Bichat n'est qu'une application à l'anatomie de ce que Cabanis, puis Pinel, avaient conçu pour la pathologie.

Il était donc naturel que quelqu'un entrât dans le développement de cette idée, par la composition d'un traité de pathologie générale sur ce nouveau plan. C'est ce que M. Dubois a fait. Voici, en quelques mots, la division de son traité, telle qu'il l'indique lui-même.

« Nous avons partagé, dit-il, notre ouvrage « en trois grandes sections. Dans la première, « qui correspond aux anciens traités de pathologie générale, nous avons examiné la maladie « sous le point de vue le plus général, tant « sous le rapport des causes, que sous celui des « symptômes, des lésions anatomiques, etc.

« Dans la seconde section se trouvent *les maladies qui peuvent affecter plusieurs systèmes « de l'économie animale*, soit qu'elles les affectent ainsi successivement de proche en « proche, sympathiquement ou simultanément; « devenant, progressivement ou tout à coup, « générales.

« Dans la troisième section, nous avons examiné, et toujours d'une manière générale, les « maladies de chacun de ces systèmes.»

La conception et la distribution de ce plan réalisent l'épigraphe choisie par l'auteur : *Docenti autem procedendum est à generalibus ad singularia quæque, dùm inventa explicat; ut inventori contrà à singularibus ad generalia eundum fuit.* (Herm. Boërhaave. Inst. méd.)

En voyant un auteur se charger de faire ainsi marcher parallèlement la pathologie générale et l'anatomie générale, on pouvait craindre qu'il ne rétrécît le champ de la pathologie, et que, se bornant à considérer ce qu'il y a d'anatomique dans les maladies, il laissât de côté les phénomènes vitaux, qui sont la maladie même, et perdît de vue leur mode d'origine, de marche, de terminaison, leurs rapports entr'eux, etc., qui sont la partie essentielle et fondamentale de l'observation médicale. Nous avouons avoir eu nous-même cette crainte, à la première annonce d'une pathologie taillée sur un patron anatomique. M. Dubois a évité cet écueil, qu'il était si important d'éviter, et n'a point faussé une idée primitivement bonne. Comment l'a-t-il évité? Nous venons de le dire par le peu de mots que nous avons cités tout à l'heure de son exposition de plan. En prenant d'abord les maladies où l'économie paraît *tout entière* malade en même temps, puis les maladies ou un système particulier paraît *seulement* ou *plus spécialement* malade; une *section* pour les maladies *générales*, comme les fièvres, les cachexies les asphyxies, etc.; une autre section pour les maladies *de systèmes*, comme l'œdème pour le système cellulaire, les altérations de la sensibilité et de la myotilité pour le système nerveux, les anévrysmes pour le système vasculaire, etc., etc.

Ici, il y a une importante distinction à faire. Ceci, peut-on dire, n'est-il point de la pathologie spéciale? Car les fièvres, les cachexies, les altérations fonctionnelles et organiques des différens systèmes, ne sont-ce point là des sujets pathologiques spéciaux, des maladies spéciales? Et n'avait-on pas raison autrefois de consacrer la *pathologie générale* seulement à l'examen de ce qu'il y a de plus général dans les maladies quant à leurs causes, à leurs symptômes, leurs terminaisons, et quant aux différentes méthodes curatives?

Il est très sûr que M. Dubois donne ici à la pathologie générale une signification, une extension nouvelles; que s'occuper de l'inflammation, du ramollissement et de l'induration des tissus organiques, même d'une manière générale; que traiter les questions de fièvres, de cachexies, etc.; qu'examiner les principales maladies des systèmes généraux qui composent l'économie; il est sûr que tout cela est moins général, est plus spécial que tout ce qui est dit dans la *première section* (correspondant aux anciennes pathologies générales), où il est traité de la *maladie en général*. Oui, mais il n'est pas moins vrai que ce n'est point encore là la description *spéciale* des maladies; ce sont, si l'on veut, les *généralités* des *spécialités*; mais enfin des *généralités*, et c'est à ce titre qu'on les fait entrer dans la pathologie générale: nous croyons que c'est avec raison. L'œdème, par exemple, est une maladie qui affecte le tissu cellulaire, et qui produira des symptômes particuliers et demandera une description particulière, suivant qu'il occupera le tissu sous-arachnoïdien, le tissu sous-péritonéal, le poumon, ou un membre; mais il dépend aussi des causes générales; il a aussi quelque chose de général dans ses symptômes (abstraction faite du lieu qu'il occupera); il est susceptible d'une description générale : il y a, en un mot, une pathologie générale de l'œdème, parce qu'il y a une anatomie générale du tissu cellulaire. De même de l'hémorrhagie qui aura des caractères spéciaux, suivant qu'elle sera observée dans le cerveau, dans le poumon, dans l'intestin, dans les fosses nasales, mais qui a des caractères généraux, abstraction faite de son siége : il y a une pathologie générale de l'hémorrhagie, parce qu'il y a une anatomie générale du système vasculaire.

Ainsi, nous regardons comme légitime et bonne l'extension que M. Dubois a donnée à la pathologie générale, et nous croyons que, bien exécuté, le plan qu'il a conçu donnerait une belle vue d'ensemble de la pathologie tout entière, et serait une excellente introduction à la pathologie spéciale.

Maintenant, comment ce plan a-t il été exécuté? Suivant quels principes de philosophie et d'observation? Quel esprit a présidé au classement et à l'exposition des faits et des idées?

Disons-le tout d'abord, nous aimons les principes de philosophie et de critique médicales qui dominent dans ce livre. C'est dans ce sens que nous sommes vitalistes et hippocratistes. M. Dubois considère la maladie comme une réaction, soit de l'économie tout entière, soit d'un organe particulier, contre une cause de trouble; c'est-à-dire que la maladie est pour lui l'ensemble des phénomènes vitaux qui s'observent dans l'économie troublée. Il dit, avec M. Broussais : *On est malade avant que les tissus soient altérés*; *la maladie spontanée est*

toujours vitale dans son commencement ; et, par conséquent, pour faire une pathologie interne fructueuse, il faut s'exercer à apprécier la valeur des groupes de symptômes dès qu'ils se présentent, afin de pouvoir agir avant que la structure des organes soit altérée, puisque la cure est, à cette époque, plus difficile que dans la précédente. Ceci ne veut pas dire que l'homme soit malade indépendamment de ses organes, comme on l'a si souvent fait dire aux vitalistes qui ne l'ont jamais dit. Lorsque les vitalistes disent qu'on est malade avant qu'il y ait altération matérielle, ils entendent altération de la substance à nous connue dans la matière et de l'arrangement à nous connu de la matière ; ils ne parlent point de cette autre chose à nous inconnue, qui imprime le mouvement, des *forces* dont la nature est complétement ignorée, et dont nous ne voyons que les effets. Nous croyons, avec M. Dubois, que c'est ainsi que doit procéder le véritable observateur, voir *ce qui se passe, ce qui se fait*, examiner les mouvemens vitaux dans leur origine, dans leur marche, dans leurs rapports mutuels, et non point prononcer par pure supposition qu'il y a nécessairement une altération matérielle organique, vers laquelle tous nos moyens de diagnostic et de thérapeutique doivent être dirigés. Lorsque cette altération organique sera appréciable et appréciée, on la constatera ; lorsque l'expérience antérieure aura appris que tels mouvemens vitaux se rattachent à une altération organique, on le constatera encore, et on en tiendra compte ; mais, lorsque ce ne sera ni l'un ni l'autre de ces deux cas, il faudra, nous le répétons, regarder et raconter simplement ce qui se passe, peindre l'économie en action anormale ou en réaction, tout comme en physiologie on peint l'économie en action normale, sans se demander si cette action normale ne tient pas ou ne pourrait pas tenir à la disposition de telle fibre ou de telle molécule. Le seul moyen de rester dans le domaine de l'observation est celui-là : autrement, on se lance dans une série d'hypothèses dont il nous est impossible d'assigner la limite. Le vitalisme entendu ainsi, au lieu d'être une hypothèse, est donc la réalité même et la base de l'observation. Les organiciens ne rendent ils pas hommage à ce principe, en reconnaissant, comme ils y sont invinciblement forcés, que les phénomènes pathologiques ne s'expliquent point par les lésions organiques, et que les effets des lésions organiques sur l'économie dépendent toujours de ce je ne sais quoi qui échappe à nos sens, de cette *force* qui a un nom, à elle propre, dans toutes les langues ?

C'est avec ces principes de bon sens que M. Dubois résout dans sa deuxième section (celle qui est relative aux maladies de l'économie tout entière), la question des *fièvres* et celle des *cachexies*. Y a-t-il des maladies où l'économie paraisse tout entière primitivement malade, dans lesquelles la réaction se fasse primitivement par les systèmes généraux sur lesquels repose la vie (les centres vasculaire et nerveux), ou dans lesquelles le point de départ existe dans l'altération des liquides répandus dans tous les points de l'organisme (la lymphe et le sang), qui à ce titre, puissent être dites générales, et qui, à raison des phénomènes fébriles qui les accompagnent, forment une classe naturelle de maladies désignées sous le nom de *fièvres* ? Est-il juste de conserver le nom de fièvres à celles de ces maladies qui offrent pour caractère constant un phénomène phlegmasique ou de quelque autre nature, lorsque, d'après les lois observées de la physiologie et de la pathologie, ce phénomène caractéristique et constant ne peut être considéré comme le point de départ, la raison, la cause des autres phénomènes pathologiques, et qu'il fait seulement partie de la maladie ? Eh bien ! M. Dubois, et nous sommes de son avis, trouve que l'expérience et le raisonnement forcent de répondre *oui* à ces questions. Restent les considérations nombreuses sur la dénomination, la classification, etc., des *fièvres* dont nous pensons qu'il aurait pu parler avec plus de profondeur clinique, mais la question générale n'en est pas moins bien résolue. De même pour les cachexies. Qu'est-ce qu'une cachexie ? une abstraction qui comprend tous les phénomènes d'un certain ordre, d'une certaine nature ? un être qui existe *indépendamment des organes* pour s'y immiscer malicieusement, suivant son caprice ? Point. En suivant le sens de l'étymologie du mot, et le sens adopté par les bons pathologistes, une *cachexie* est un *état mauvais* de l'économie, qui, selon la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes ou d'altérations organiques, recevra tel ou tel nom ; et la question est celle-ci : Y a-t-il des *états* de l'économie où toute la substance, tous les solides, tous les liquides paraissent primitivement altérés ? Il nous semble bien difficile de répondre *non*, pour peu qu'on ait observé la marche de certaines maladies chroniques.

De plus, y a-t-il de ces *états* assez caractérisés par la nature des altérations organiques et fonctionnelles, pour qu'on puisse les considérer comme dépendant d'une cause spéciale ? Le scorbut, la syphilis, la scrofule, le cancer sont-ils des états assez distincts par l'ensemble de leurs caractères organiques, vitaux et thérapeutiques, pour qu'on leur donne à chacun un nom différent, sans faire de l'ontologie ? N'est-ce point se refuser aux démonstrations de l'observation que de ne pas convenir de ces choses ? Et n'est-on pas encore forcé d'admettre que ces *états* des organes impriment leur cachet aux maladies plus accidentelles, qu'une tumeur et une plaie, une fièvre et un catarrhe sont différens chez les sujets affectés de quelque cachexie, de ce qu'elles sont chez les sujets ordinaires ? On ne fait pas plus d'ontologie, on ne se paie pas plus de mots, en admettant les cachexies qu'en admettant les tempéramens, les idiosyncrasies, l'influence des habitudes, etc.

Le même goût d'observation fait que M. Dubois se range parmi les Hippocratistes, qu'il reconnaît que la marche des maladies est chose, jusqu'à un certain point, régulière, déterminée et calculable ; que l'organisme, par l'effet de sa puissance naturelle, réagit contre le mal qui l'affecte, suivant certaines lois dont la connaissance est fort nécessaire au médecin dans sa conduite thérapeutique. Mais aussi, le même esprit de sage réserve, la même aversion de toute supposition scientifique fait que l'auteur, tout en admettant les tendances naturelles de l'organisme, se garde de regarder tout phéno-

mène pathologique comme primitivement et essentiellement médicateur, il croit à la nature médicatrice, qui heureusement est démontrée par l'expérience; il croit à la nature *suicide*, qui malheureusement ne l'est que trop aussi; il est observateur *Hippocratiste*, dans le sens pur et élevé du mot, et non dans le sens abusif. Pour prendre un exemple, la doctrine des crises est fondée à ses yeux, si on entend que certains phénomènes annoncent la solution de certaines maladies; elle ne l'est pas, ou du moins rien ne prouve qu'elle le soit, si on entend que la nature a pour but, dans les mouvemens critiques, de chasser de l'économie un principe morbifique qui, serait évacué par les sueurs, les diarrhées, les vomissemens, etc.

Suivre l'auteur dans toutes les parties de son ouvrage par une analyse pied à pied, est une chose impossible. Nous venons de donner une idée des principes qui ont présidé à sa rédaction; disons un mot sur le cadre dans lequel se trouvent distribuées toutes les notions de pathologie générale.

La première section, avons-nous dit déjà, répond aux anciennes pathologies générales. Il y a des points que nous aurions désiré y voir traiter avec plus de développement, à raison des doctrines médicales qui s'y rattachent naturellement. Ainsi, l'article des *diathèses* n'a pas, selon nous, une importance suffisante. Il en est de même des méthodes thérapeutiques, qui ne sont presque qu'énumérées, au lieu que nous attendions un beau chapitre sur les indications de la médecine expectante et de la médecine agissante; sur l'appréciation des cas qui autorisent la médecine perturbatrice; sur les principes de régime des maladies aiguës et des maladies chroniques. Nous pensons aussi que, sinon le développement au moins l'exposé des principales méthodes thérapeutiques, telles que l'antiphlogistique, l'antispasmodique, la purgative, etc., devait trouver sa place dans la partie thérapeutique d'une pathologie générale.

La deuxième section comprend les maladies qui affectent l'économie tout entière, les fièvres, les cachexies, les asphyxies, les empoisonnemens.

La troisième section est consacrée aux maladies des systèmes, comme le système cellulaire, le système nerveux, le système musculaire, le système osseux, etc. Cette dernière section est fort rapide, bien qu'un volume tout entier lui soit consacré. Quelquefois l'auteur est trop dans les généralités, d'autres fois trop dans les particularités; et quoique son bon esprit de critique le suive toujours, il nous semble que cette partie du livre se ressent d'une certaine rapidité de travail, et que M. Dubois en doit les matériaux à de fréquens emprunts faits aux dictionnaires et aux monographies modernes, plutôt qu'à une observation assidue et à une bonne assimilation clinique.

Si nous faisons ces reproches à M. Dubois, c'est qu'il est homme à les supporter, et à en tirer du fruit. L'esprit qui a conçu le plan du *Traité de pathologie générale*, et qui en a dicté la rédaction, saura bien, dans une seconde et prochaine édition, faire disparaître quelques défauts d'exécution. Tel qu'il est, ce livre fait honneur à M. Dubois (d'Amiens), marque un progrès dans l'enseignement de la pathologie générale, et, si nos impressions personnelles ne nous trompent pas, apportera plaisir, intérêt et instruction à tous ceux qui le liront.

HENRI GOURAUD, D. M.,
Professeur agrégé près la faculté de médecine de Paris.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

The Edinburgh medical and surgical journal.
(*Juillet* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Rapport clinique*, par le docteur Syme; 2° *Observations relatives à l'influence des climats intertropicaux sur la constitution et la santé des individus nés dans la Grande-Bretagne*, par Henri Marshall; 3° *Consolidation des os fracturés*, par George Gulliver; 4° *De l'emploi de la saignée dans la scarlatine*, par André Dewar; 5° *Calculs rénaux*, par Jean Marshall; 6° *Structure et fonctions des vaisseaux primaires dans le système circulatoire général, dans le système pulmonaire et dans celui du fœtus*, par Jean Thurnam; 7° *De la lithotritie description des instrumens*, par Guillaume Fergusson; 8° *Observations pathologiques et thérapeutiques sur les maladies du pancréas*, par le docteur Bigsby; 9° *Etat des artères dans un anévrysme double de l'artère iliaque, ou les deux vaisseaux de ce nom ont été liés*, par Jean Tarret; 10° *Rapport sur l'infirmerie des maladies des yeux à Edimbourg*, par Alexandre Watson; 11° *Suffocation mortelle déterminée dans une houillère par l'introduction d'un fragment de charbon dans la glotte*, par le docteur Jeffray; 12° *Cas de cyanose, les deux ventricules communiquant avec l'aorte : artère pulmonaire rudimentaire et impénétrable au sang*, par Rober-Spittal, 13° *Polype de la matrice, ligature, dilatation du col à l'aide de la lobelia inflata*, par le docteur Chapman; 14° *Maladies organiques des voies digestives, autopsies*, par le docteur Syme.

Rapport clinique par le docteur Syme; Excision de l'os maxillaire supérieur. Une femme de 42 ans se présenta à l'hôpital avec une tumeur du sinus maxillaire; l'opération fut résolue. Deux incisions longitudinales furent pratiquées, l'une de l'angle interne de l'œil au tiers moyen de la lèvre supérieure, et l'autre de la protubérance malaire à la commissure des lèvres; le lambeau fut disséqué de bas en haut : toute la lame antérieure et interne de l'os fut séparée avec de forts ciseaux. On cerna avec un bistouri à lame étroite la portion malade de la membrane muqueuse du palais, la partie os-

seuse déjetée fut enlevée avec des ciseaux ; la tumeur fut facile à détacher, et ne laissa derrière elle que des parties saines. Elle était jaunâtre, d'une consistance moyenne, elle naissait de l'os maxillaire, remplissait l'antre d'Hygmore, et avait déterminé par sa pression l'absorption du plancher de l'orbite. Une heure après l'opération, les parties molles furent remises en contact par des points de suture séparés, hormis à la lèvre où l'on employa la suture entortillée. Des compresses imbibées d'eau froide furent appliquées sur la plaie qui guérit par première intention. Un mois après, il existait à peine la plus légère difformité.

Dans les cas de ce genre, suivant l'auteur, le mal de tête, la déviation du nez, la protrusion de l'œil, l'expansion de la partie inférieure de la face, doivent faire craindre que la maladie ne soit déjà étendue aux os du nez ou à la base du crâne, et contr'indiquent l'opération. Quant aux cas où le sinus est distendu par une simple tumeur enkystée, il est aisé, dit M. Syme, de les reconnaître par la facilité avec laquelle certaines parties de la tumeur cèdent et craquent sous le doigt comme un parchemin. — *Fistule* produite par la nécrose de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, guérie par l'excision de ses bords, et par l'application à l'aide de la suture, d'un lambeau de peau pris sur la joue. — *Résection de l'articulation du coude. — Amputation dans l'articulation scapulo-humérale. — Cancer des ramoneurs. — Excision des extrémités des fragmens osseux dans un cas de fracture non consolidée de l'humérus. — Empoisonnement par l'acide oxalique pris à la dose de deux gros dans un verre d'eau. — Traitement par le sulfate de zinc, la chaux et le lait.*

De la saignée dans la scarlatine. Nous ne suivrons pas M. Dewar dans la longue discussion qu'il entame à ce sujet, nous dirons seulement qu'il affirme avoir employé la saignée dans 183 cas de scarlatine, et avoir obtenu dans presque tous une prompte guérison, sans jamais avoir observé d'épanchemens séreux. Il saigne les malades au point de faire disparaître l'éruption ; souvent elle n'a pas reparu sans que pour cela aucun accident se soit manifesté, quelquefois elle s'est montrée de nouveau après la saignée, mais avec une intensité beaucoup moindre qu'auparavant. L'auteur dit que la proscription de la saignée dans cette maladie vient de ce qu'on l'a employée dans des circonstances inopportunes, mais il n'indique pas nettement ces circonstances.

Cyanose. En mars 1835, une femme de 22 ans, accoucha à terme d'une fille dont la peau était fortement colorée en bleu pourpre. Pendant quelques jours l'enfant parut jouir d'une bonne santé, bientôt il refusa de téter, devint sujet à de fréquentes syncopes ; enfin il expira le vingt-troisième jour. A l'autopsie on découvrit qu'il existait, entre les deux ventricules, une communication située à la partie supérieure de la cloison, à peu près au niveau de l'orifice de l'aorte : cet orifice pouvait avoir un pouce et quart de circonférence. Le trou de Botal était assez ouvert pour admettre une plume d'oie. L'artère pulmonaire était rudimentaire, imperméable au sang, à peine pouvait-on y introduire un stylet très fin, elle se divisait comme à l'ordinaire, mais son origine était complètement obstruée par la substance musculaire du cœur. Le canal artériel était largement ouvert, et l'on y introduisait facilement un fort stylet. Pendant la vie l'auscultation n'avait fait percevoir aucun bruit anormal.

Polype de l'utérus. Cette observation ne présente rien de particulier que la constriction opiniâtre du col de la matrice malgré le volume considérable de la tumeur et les contractions répétées du corps de l'organe. Le seigle ergoté fut employé sans succès et l'on eut enfin recours à l'usage de la lobélia, mais l'auteur ne dit ni à quelle dose ni sous quelle forme il l'employa. Le succès fut complet et la ligature facile.

—

The London medical and surgical journal.
(*Juin* 1835.)

Les quatre numéros de ce mois sont remplis en grande partie par des leçons théoriques de divers professeurs ; parmi les autres articles, nous n'avons guère remarqué que le suivant, qui offrît quelque intérêt pratique, si toutefois l'auteur n'a pas été induit en erreur par sa négligence. Le fait valait bien la peine d'être vérifié.

Anévrysme de l'artère brachiale guéri par la compression. — Au mois de janvier 1835, M. Heustis fut appelé auprès d'une pauvre femme, chez qui il reconnut un anévrysme de l'artère brachiale, situé au pli du coude. La tumeur avait trois pouces de diamètre ; elle était recouverte d'une peau extrêmement fine, présentait des pulsations manifestes à son sommet, et l'on y percevait d'une manière distincte un bruissement particulier à chaque pulsation. Les douleurs étaient vives, la malade était privée de sommeil.

Cette tumeur était apparue immédiatement après une saignée pratiquée par un fermier, fort habile dans ce genre d'opération, et qui toujours y avait parfaitement réussi. La petite plaie s'était cicatrisée, et la malade fort pauvre avait repris son pénible train de vie.

M. Heustis ayant reconnu la nature de la tumeur, proposa immédiatement la ligature. Ce parti ne fut pas accepté par la malade, qui était près d'accoucher, et l'on eut recours, au moins comme moyen temporaire, à la compression. Elle fut exercée sur la tumeur même, à l'aide de pièces de monnaie, de diverses grandeurs, superposées et cousues dans un linge, et recouvertes d'une compresse épaisse, imbibée d'acétate de plomb, le tout fixé par un bandage en huit ; une compresse graduée, longue de cinq à six pouces fut appliquée sur le trajet de l'artère brachiale, et maintenue par un bandage un peu serré. Après l'application de cet appareil, M. Heustis s'assura que les battemens de l'artère radiale avaient beaucoup perdu de leur force. Au bout d'un mois, il apprit du mari (car il n'a jamais revu la malade), que la tumeur avait presque entièrement disparu, qu'il n'y avait plus de douleur, que les mouvemens des membres n'étaient nullement gênés, bien que, par précaution, l'on continuât encore l'emploi du bandage.

Déjà, dans un cas du même genre, M. Heustis avait eu recours avec succès à la compression; mais il ne donne aucun détail sur cette première observation.

JOURNAUX ITALIENS.

EXPÉRIENCES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX ET SUR SON TRAITEMENT PAR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ. (Extrait du *Repertorio medico-cirurgico del Piemonte, marzo* 1835.)

I. Le 16 décembre, à onze heures du matin, on fait avaler à un chien de moyenne taille neuf grains d'acide arsénieux, et *immédiatement* trois onces environ de tritoxide. Cela fait, on lie l'œsophage. A six heures du soir il ne s'était manifesté aucun symptôme d'empoisonnement; le chien avait rendu des excrémens durs et ayant la couleur du tritoxide. On allait lui couper la ligature de l'œsophage lorsqu'on s'aperçut qu'il pouvait avaler un peu de liquide. On présuma que cela tenait à ce que la ligature n'était pas complète; toutefois elle était suffisante pour qu'il ne pût vomir les solides. Ce chien vécut dix jours. L'ayant tué à cette époque, on s'assura que l'ouverture de l'œsophage n'était pas complétement oblitérée.

II. Le 23 décembre, on donne à un petit chien dix grains d'arsenic en bol et *immédiatement* une once de tritoxide; il vomit une partie de l'antidote avant la ligature de l'œsophage. Au bout de trois heures, cris, convulsions et symptômes graves d'empoisonnement. Tout se calme au bout de deux heures. La ligature est enlevée au bout de vingt-quatre heures, le chien mange et boit dans la journée. Il vit douze jours, et sa déglutition est libre et facile. Il meurt alors par la même dose d'arsenic (dix grains), qu'il avait prise précédemment, mais qui cette fois n'avait point été suivie de l'injection du tritoxide.

III. Le 22 décembre, un chien de taille moyenne prend dix grains d'acide arsénieux et aussitôt une once de tritoxide, puis on lie l'œsophage. Au bout de deux heures, symptômes d'empoisonnement qui durent neuf heures. Tout rentre dans l'ordre; on enlève la ligature le lendemain, et le chien vivait quinze jours après.

IV. Le 23 décembre, on donne quatorze grains d'arsenic à un chien assez gros. On lie l'œsophage; *demi-heure après* on desserre la ligature et l'on fait avaler une once de tritoxide. Malgré une forte hémorrhagie qui rendit ce chien extrêmement faible pendant deux jours, il se remit cependant et fut complétement guéri. Il servit cinq jours après à une nouvelle expérience.

V. Le même résultat avantageux ayant été obtenu de l'emploi du tritoxide au *bout de demi-heure* chez un autre chien, quoique la dose pour la même quantité d'arsenic n'eût été que de six gros, MM. Borelli et Demaria voulurent expérimenter l'antidote au bout d'une heure.

VI. Le 28 décembre, à dix heures du matin, on donna à un chien de moyenne taille douze grains d'arsenic, et immédiatement on lia l'œsophage. *Une heure après*, ayant desserré la ligature, on injecta dans l'estomac cinq gros de tritoxide et l'on serra de nouveau le lien. Il avait eu et continua à avoir de violens efforts de vomissemens; cris plaintifs, signes de la plus grande douleur tout le jour et toute la nuit. On enlève la ligature de l'œsophage vingt-quatre heures après l'opération, et on lui fait avaler de force un peu d'eau et des alimens liquides; mais il éprouvait à cela la plus vive douleur et la plus grande difficulté. Il ne succomba qu'à la fin du troisième jour.

VII. Chien de moyenne taille. On lui donne douze grains d'arsenic et on lui lie l'œsophage *sans lui donner du tritoxide*. Demi-heure après survinrent les premiers symptômes de l'empoisonnement et la mort au bout de trois heures.

VIII. Un autre chien prend douze grains d'arsenic, et immédiatement après cinq gros de *tritoxide de fer préparé quinze jours auparavant*. Demi-heure après, premiers symptômes de l'empoisonnement, et il succombe douze heures après.

IX. Le 16 janvier, à onze heures et demie du matin, on donne à un chien de moyenne grosseur dix grains d'arsenic et *aussitôt* cinq gros de tritoxide très humide et préparé récemment, et *mêlé avec suffisante quantité d'amidon en poudre*, et on lui lie l'œsophage. Trois quarts d'heure après, premiers symptômes d'empoisonnement, qui continuent jusqu'au lendemain. Le 17 matin, il cherche à boire; mais il rejette l'eau; la ligature n'est pas enlevée. A midi on détache l'œsophage, et aussitôt l'animal boit et mange avec facilité. Le 18 il a des déjections fréquentes, solides, composées de moitié au moins de tritoxide. Quatre jours après, ce chien avait repris toute sa vivacité, et aujourd'hui il est bien portant. La durée des symptômes de l'empoisonnement est attribuée, dans ce cas, au mélange d'amidon, qui n'a pourtant pas empêché l'action du tritoxide, mais l'a retardée.

X. Quatorze grains d'arsenic sont donnés à un chien qu'on abandonne à lui-même. Au bout de quinze minutes, vomissement d'alimens pris la veille et d'une substance chymeuse qui, brûlée, présente l'odeur alliacée. Douleurs et violens efforts. On lui donne trois gros de tritoxide qui sont rejetés dix minutes après. Cependant cette injection eut pour effet de faire disparaître tous les effets de l'empoisonnement, et le lendemain le chien était redevenu gai et bien portant.

XI. Au même chien, deux jours après, on donne douze grains d'arsenic et on lie l'œsophage. *Une heure après*, on desserre la ligature et on injecte six gros de tritoxide, puis l'on serre de nouveau. Pendant trois heures il fait de vains efforts pour vomir, mais le lendemain matin on trouve près de lui des matières vomies, et l'on s'aperçoit que ce chien avale facilement. En examinant la plaie, on voit que le nœud s'est relâché. Ce chien ne mourut qu'un mois après, et ce fut en faisant une nouvelle opération pendant laquelle de l'air pénétra dans la veine jugulaire.

XII. Le 28 décembre, on donne au chien qui, le 23 du même mois, avait été le sujet de la quatrième expérience, huit grains d'arsenic, puis on lie l'œsophage. Après de violens efforts

il parvient à vomir malgré la ligature, et le soir du même jour tous les symptômes d'empoisonnement avaient disparu; il se mit même à manger. Deux jours après, lui ayant fait prendre une égale quantité d'arsenic sans tritoxide, et ayant ouvert la plaie pour lier de nouveau l'œsophage, on s'aperçut que ce canal avait été incomplétement lié précédemment. Cette fois l'animal succomba quatre heures après avoir pris le poison.

Les excrémens des animaux fournis aux expériences ont eu un aspect différent, suivant l'efficacité du tritoxide, ou mieux suivant l'intensité des symptômes. Ceux qui sont morts empoisonnés ont tous rendu des matières liquides; elles ont toujours été solides et moulées quand le tritoxide a eu une influence salutaire. Le tritoxide rendu par les selles était un peu plus brun qu'il n'avait été avalé, mais pas assez pour qu'on puisse adopter l'opinion des auteurs qui veulent que le travail de la digestion change constamment le tritoxide de fer en protoxide ou en deutoxide. Quelque soin que l'on ait mis à examiner chimiquement les matières, on n'a pu découvrir la moindre trace d'arsenic libre. Il est donc rationnel de conclure que tout l'arsenic a été décomposé chez ces chiens, et qu'il s'est formé un arsenite de fer insoluble, privé d'action sur l'économie.

Quelle est la quantité de tritoxide de fer nécessaire pour saturer l'acide arsénieux? En agissant dans le verre à expérience, nous avions trouvé qu'il en fallait un peu plus de trois fois le poids de l'arsenic; MM. Borelli et Demaria pensent, d'après leurs essais, qu'il en faut quatre fois et demie; nous ne discuterons point sur ce point : toujours est-il que, dans un cas d'empoisonnement, il serait imprudent de ne pas doubler ou tripler la dose rigoureusement nécessaire à la saturation.

MM. Borelli et Demaria concluent que le tritoxide de fer hydraté est un antidote aussi sûr dans l'empoisonnement par l'arsenic, que l'albumine dans celui par le sublimé; et que ce médicament doit occuper une place des plus distinguées dans l'officine du pharmacien. Après l'avoir préparé, ils conseillent de conserver la masse, qui doit avoir une consistance molle à l'abri du contact de l'air, afin que le tritoxide ne se durcisse pas et qu'il n'absorbe pas de gaz acide carbonique, ce qui rend moins facile sa combinaison avec l'acide arsénieux. C'est à cette cause qu'ils attribuent l'insuccès observé chez le huitième chien. Dans ces cas, le tritoxide, traité par l'acide hydrochlorique, donna lieu à une effervescence, signe manifeste de l'existence de l'acide carbonique.

Le médecin appelé pour secourir une personne empoisonnée par l'arsenic doit s'assurer, autant que possible, de la quantité de poison ingérée et de la quantité qui peut avoir été dejà rendue par le vomissement. S'il peut raisonnablement penser que tout, ou presque tout l'arsenic a été rendu, il administrera aussitôt le peroxide. S'il est probable qu'il existe encore dans l'estomac une certaine quantité du poison, et que la personne ait de la tendance à vomir, il provoquera le vomissement le plus vite possible; si le malade n'a pas de disposition au vomissement, pour empêcher l'absorption, il donnera immédiatement le peroxide, se réservant ensuite d'employer tous les moyens d'amener le vomissement. Quand l'antidote aura opéré, il combattra la phlogose gastro-intestinale de la manière la plus convenable. MM. Borelli et Demaria croient, mais nous ne sommes pas de leur avis, qu'une once d'hydrate peut être considérée comme la moyenne suffisante pour un homme adulte pour produire l'effet désiré, dans le cas où il a vomi.

Ils pensent que le tritoxide peut être efficace même lorsque le poison a été pris depuis assez long-temps (*voyez* les expériences IV, V et VI), et que même lorsque l'antidote arrive trop tard pour pouvoir prévenir tout l'empoisonnement, il faut l'administrer encore, car certainement toujours il amoindrira les symptômes et éloignera l'époque de la mort.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Journal der praktischen Heilkunde.

(*Journal de Hufeland. — Décembre* 1834.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *L'homœopathie considérée comme développement de la méthode spécifique, dans ses rapports avec la médecine rationnelle, etc.*, par le docteur Messer-Schmidt; 2° *Constitution de l'année* 1833 *à Lunebourg*, par le docteur Fischer; 3° *Observations de maladies mentales guéries à Hofheim*, par le docteur Amelung; 4° *Chronique des eaux minérales du royaume de Prusse, de* 1830 *à* 1833, par le docteur Ozann; 5° *Rapport mensuel sur l'état sanitaire, les décès et les naissances dans la ville de Berlin.*

Rust's magazin, 42e *vol.* 2e *cahier.*

1° *Extirpation, suivie de succès, d'une glande parotide squirrheuse*, par le docteur Eulenburg; 2° *Observation d'un cas de manie, suivie de réflexions sur la nature des maladies mentales*, par le docteur Bird à Siegburg; 3° *Remarques sur l'éducation physique des jeunes gens*, par le docteur Kleemann; *sur le cancer médullaire*, par le docteur Chevalier à Merzig; 4° *Développement et physionomie de la constitution stationnaire, veineuse-gastrique, observée dans le cercle de Hirschberg*, par le docteur Kleemann; 5° *Combien de temps exige le développement des mucosités inflammatoires et des accumulations de pus dans le poumon? Question éclaircie et résolue par des expériences sur la transfusion directe du pus dans les veines des chevaux; avec quelques observations sur les phénomènes secondaires de la phlebite*, par M. Günther, vice-directeur de l'école vétérinaire de Hanôvre; 6° *De la dentition considérée comme maladie*; par le docteur Boehr.

Extirpation d'une parotide squirrheuse. Richter a proscrit l'extirpation de la glande parotide par les motifs ci-après :

1° Le danger presque inévitable de léser des vaisseaux importans ;

2° La paralysie de la face causée par la section de l'enveloppe aponévrotique de cette glande ;

3° Le développement d'un trismus mortel.

M. Eulenburg réfute la première objection par une description minutieuse des principaux vaisseaux qui entourent la glande parotide, et il ajoute que la compression de ceux qu'on peut léser est si efficace qu'elle rend presque toute ligature inutile. Il répond à la seconde qu'à la vérité une paralysie partielle est inévitable, mais que cet accident, lors même qu'il ne devrait pas disparaître avec le temps, ne peut entrer en balance avec un mal qui ne laisse d'autre alternative que l'opération ou la mort. Quant au trismus, il dépend bien plus d'une disposition individuelle que du siége même de l'opération, car si on l'a vu survenir à la suite de l'ablation des tumeurs situées dans le voisinage de la mâchoire, on l'a observé non moins souvent à la suite de blessures dans des parties fort éloignées. Une extirpation de la parotide, couronnée d'un plein succès, confirme la manière de voir de M. Eulenburg.

Une femme de 29 ans, d'une constitution faible, se présenta à lui avec une tumeur située dans la région parotidienne, laquelle s'était développée avec lenteur malgré différens traitemens auxquels elle avait été soumise. Elle présentait alors le volume et la forme d'un gros œuf d'oie ; elle s'étendait en avant jusqu'au bord postérieur de la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur ; en arrière elle recouvrait en partie l'apophyse mastoïde ; dans sa partie supérieure se trouvait compris le lobule de l'oreille dont le cartilage y adhérait par sa face interne, la peau qui le recouvrait ayant été déplacée de manière à fournir une partie de l'enveloppe de la tumeur. Elle était immobile, bosselée, d'une dureté cartilaginense ; la peau qui la recouvrait était mince, d'un rouge bleuâtre, et intimement adhérente. Au total l'apparence extérieure du mal, jointe aux symptômes généraux, fit diagnostiquer un squirrhe près de s'ulcérer. On ne dut pas recourir à la ligature partielle employée une fois par Desault : elle eût été insuffisante, et d'ailleurs elle n'offre pas moins de dangers que l'excision ; en conséquence on se décida pour celle-ci.

On fit avec un bistouri convexe, une incision semi-lunaire partant du conduit auditif externe, passant de là sur la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur, et venant se rendre à la pointe inférieure de la tumeur. On circonscrivit la portion de peau altérée par une seconde incision dont les extrémités se rejoignaient à celles de la première. Les fibres du muscle peaucier furent divisées dans la même direction ; la capsule parotidienne était trop adhérente à la glande elle-même pour qu'on pût songer à la conserver comme le recommandent certains auteurs. (Elle n'était donc pas malade !) On disséqua la tumeur d'avant en arrière, avec le dos plutôt qu'avec le tranchant du bistouri jusqu'au point où, s'enfoncant entre l'os maxillaire et le temporal, elle échappait en quelque sorte à l'action de l'instrument. Puis, l'attaquant par le bord postérieur, on la disséqua d'arrière en avant à petits coups, car les adhérences étaient trop fortes pour céder au manche du scalpel. Là, quelques artérioles furent ouvertes ; la compression en fut confiée aux aides, tandis que le chirurgien, tirant la tumeur en avant avec la main gauche, continuait l'opération. Ainsi la glande se trouva cernée de toutes parts, à l'exception toutefois d'un prolongement gros comme une noisette qui pénétrait fort avant dans le *recessus* formé par les os. Après avoir enlevé toute la portion de la tumeur déjà détachée, on saisit ce petit prolongement, resté seul au fond de la plaie, à l'aide d'une érigne, et on l'extirpa à son tour sans blesser la carotide située dans son voisinage. L'opération avait duré douze minutes ; les artérioles comprimées ne fournissaient plus de sang ; des applications d'eau froide suffirent pour arrêter l'hémorrhagie veineuse qui était assez abondante. Au fond de la plaie on apercevait le masseter, le digastrique, et le sterno-mastoïdien, et entre ces muscles, le nerf facial, préparé comme pour une leçon, et dont quelques filets seulement avaient été coupés. La déperdition de substance était trop considérable pour qu'on pût obtenir la réunion par première intention, du moins dans toute l'étendue de la plaie ; la partie la plus profonde fut remplie de charpie mollette et l'on pansa à plat par dessus.

Au bout de trente-quatre jours la cicatrisation était complète, et la partie la plus difforme de la cicatrice entièrement cachée par le lobule de l'oreille. Une paralysie momentanée de la paupière, et une légère déviation de la bouche, furent les seuls accidens qui troublèrent la joie que la malade éprouvait de sa guérison.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussions de l'Académie de médecine sur la taille et la lithotritie (1).

L'Académie de médecine avait chargé MM. Velpeau et Sanson de lui faire un rapport sur un travail de M. Leroy (d'Etioles), ayant pour titre : *De la lithotritie chez les enfans.*

Dans la séance du 28 avril dernier, M. Velpeau lut le rapport suivant :

« Messieurs, l'Académie nous a chargés, M. Sanson et moi, de vous faire un rapport sur un travail de M. Leroy, ayant pour titre : *De la lithotripsie chez les enfans.*

« Dans ce mémoire, l'auteur commence par prouver, à l'aide d'observations qui lui sont propres, que la possibilité de soumettre les enfans à la lithotritie est depuis long-temps un fait démontré, et qu'on a eu tort de l'annoncer récemment comme une pratique nouvelle. Les observations qu'il rapporte sont au nombre de cinq. Toutes concernent des enfans âgés de moins de six ans.

(1) L'importance de ces discussions nous a engagés à les donner avec étendue, et nous a ainsi forcés de renvoyer au numéro prochain l'analyse des *Journaux français*.

« Le premier de ces enfans, âgé de quatre ans, fut opéré à l'hôpital de la Faculté, en 1828. La pierre avait près d'un pouce de diamètre. Quoique fragile, elle exigea six séances. Des fragmens de cette pierre s'arrêtèrent, à deux reprises différentes, dans l'urètre, et causèrent beaucoup de souffrances au petit malade, qui s'est d'ailleurs très bien rétabli. MM. Bongon, Ribail, Velpeau, avec un grand nombre d'élèves, ont été témoins de cette opération.

« Chez le deuxième enfant, qui était âgé de cinq ans, et dont le calcul offrait le même volume à peu près que dans le cas précédent, cinq séances suffirent.

« Le troisième souffrait depuis un an; sa pierre, du volume d'une aveline environ, partiellement engagée dans l'urètre, fut repoussée et brisée avec la pince à trois branches. Un des fragmens de ce calcul parvint le lendemain au devant de la prostate et causa de vives douleurs. Deux jours après, un nouveau fragment, arrêté de la même manière, ramena les mêmes accidens. On eut une peine infinie à le repousser, puis à l'écraser. L'indocilité de l'enfant, qui cessa dès lors de souffrir, ne permit pas de s'assurer absolument de la guérison par le cathétérisme.

« Le quatrième malade, opéré par M. Leroy, était âgé de quatre ans, et d'une docilité admirable. La pierre, d'ailleurs très petite, fut broyée deux fois avec facilité. A la troisième séance il resta un fragment de la pince dans la vessie, et l'auteur, qui seul s'en aperçut, eut le bonheur de le retirer quelques jours après au moyen d'une nouvelle pince. Une portion de la pierre s'engagea du même coup dans l'urètre et ne put être repoussée d'abord. M. Dupuytren, qui parvint cependant à la faire rentrer, et dans le service duquel l'enfant se trouvait placé, résolut dès lors de recourir à la taille bilatérale, qui eut un plein succès.

« Le cinquième cas, enfin, concerne un enfant âgé de trois ans, dont le calcul, du diamètre de trois à quatre lignes, fut saisi et brisé en une seule séance.

« Ces faits, dit M. le rapporteur, prouvent sans réplique que la lithotritie est possible dans l'âge le plus tendre; mais prouvent-ils qu'alors elle doive être préférée à la taille? En séparant, comme on devrait toujours le faire, la possibilité de l'utilité, M. Leroy décide cette question par la négative, excepté pour les cas dans lesquels on s'est assuré du petit volume de la pierre. Sous ce rapport, nous partageons entièrement son avis. Chez les enfans, la taille expose à peine aux hémorrhagies, à la blessure du rectum, aux infiltrations, à la péritonite, à la cystite, et ne réclame que quelques secondes pour débarrasser le malade. Le broiement, au contraire, se présente ici avec toutes ses difficultés. Un calcul d'un pouce de diamètre n'exigera pas moins de huit à dix séances, de plus en plus fatigantes et douloureuses. L'urètre des jeunes sujets ne permet pas d'employer de forts instrumens lithotriteurs, et nécessite un écrasement très minutieux de la pierre. La vessie, plus contractile, chasse avec force les fragmens dans le canal excréteur, où ils s'arrêtent fréquemment de manière à donner beaucoup d'inquiétude. Enfin les souffrances sont si vives et si prolongées, qu'on est obligé d'employer la force pour maintenir le malade à chaque séance.

« Il suffit au surplus de se rappeler les propres observations de M. Leroy, pour être convaincu que, dans l'enfance, la taille a véritablement moins d'inconvéniens que la lithotritie.

« Oserai-je ajouter, Messieurs, que dans son ensemble le broiement de la pierre mérite infiniment moins d'éloges qu'on ne lui en accorde généralement aujourd'hui? Les esprits sont trop prévenus en sa faveur; ses prétendues merveilles, et le prestige dont on a su l'entourer, ont, je le sais, trop complétement ébloui le public et la plupart des médecins, pour qu'on puisse espérer de le réduire maintenant à sa juste valeur. Peut-être même le peu de mots que je viens de hasarder ont-ils déjà indisposé contre moi quelques hommes consciencieux. Cependant, étonnée de nos illusions, la postérité n'hésitera point, ou je me trompe fort, à porter sur cette invention un jugement encore plus sévère que le mien. Il serait donc peu conforme à la haute raison de notre époque, qu'aucun chirurgien n'eût au moins le courage de proclamer une pareille opinion au sein de l'Académie, elle qui doit tout entendre, tout examiner, tout juger avec calme, et ne jamais s'en tenir à de simples apparences.

« La société, abusée par des annonces fastueuses, a d'ailleurs besoin d'être éclairée à cet égard. D'un côté on a grossi comme à plaisir les dangers de la taille; de l'autre, on a considérablement exagéré l'innocuité de la lithotritie. Enfin, quand on a tenté de comparer les deux opérations entre elles, on a constamment évité de les placer dans des conditions analogues.

« Il y avait une première manière d'apprécier la valeur relative de la lithotritie, c'était de voir s'il succombe positivement moins de calculeux depuis, qu'il n'en mourait avant son invention; mais personne n'a daigné s'engager sur ce terrain. Le travail de M. Blandin (1), qui seul l'a osé, prouve déjà que, sous ce point de vue, l'expérience témoigne incontestablement en faveur de la taille. Un autre moyen, peut-être encore plus décisif, reste pourtant à invoquer, mais les partisans exclusifs de la lithotritie ne le voudront pas; ce serait de placer dans le même établissement un certain nombre de sujets affectés de la pierre, et se trouvant autant que possible dans les mêmes conditions d'âge, de constitution, de santé générale, de volume et de composition du calcul, d'altération du côté des voies urinaires, de bonnes ou mauvaises dispositions morales; puis d'en traiter la moitié par la taille, et l'autre moitié par la lithotritie, en ayant soin en outre que les uns et les autres fussent opérés par des hommes également habiles et de bonne foi. Le résultat alors serait en effet péremptoire, et résoudrait définitivement la question; tandis que les épreuves annoncées jusqu'ici sont réellement incapables de convaincre les esprits réfléchis.

« Ce qui a donné tant d'importance à la lithotritie aux yeux du monde, c'est la peur de l'instrument tranchant; c'est là ce qui a fait également la fortune des caustiques, du *cura famis*, de la compression dans le traitement des cancers,

(1) *Parallèle entre la taille et la lithotritie;* Paris, 1834, in-8°.

des antiphlogistiques, des sangsues, et des divers topiques préconisés contre la tumeur et la fistule lacrymales, etc.

« Dans la lithotritie, est-ce la douleur que l'on prétend éviter? Mais l'opération de la taille en cause infiniment moins. Il en est de même pour la durée de l'opération, pour les chances de récidives, etc Si donc la lithotritie est une conquête heureuse de la chirurgie moderne, elle n'en restera pas moins, comparée à la lithotomie, une méthode simplement exceptionnelle, lorsque la raison humaine permettra de la resserrer dans ses limites naturelles. Non seulement chez les enfans, mais encore chez les adultes, elle expose à plus d'inconvéniens que la taille, toutes les fois que le calcul offre une grande dureté, dépasse le volume d'une grosse noix, toutes les fois que les organes urinaires sont malades, que le sujet est très irritable, et que le malade n'a pas une grande répugnance pour cette dernière opération.

« C'est là une opinion qui m'est propre au surplus et que je n'entends imposer à personne. Je prévois même, par le murmure improbateur que vos esprits ont peine à contenir en ce moment, et par le mot *paradoxe* que je vois sur toutes les lèvres dans cette enceinte, le sort qui l'attend aujourd'hui; mais, convaincu que l'avenir le justifiera, je n'ai pas craint de l'émettre, et d'en venir prendre acte devant l'élite de la médecine française, dix ans plus tôt peut-être qu'il ne faudrait pour la faire adopter pleinement.

« Quant au travail de M. Leroy, qui concourt à fortifier cette opinion, et qui est rédigé avec toutes les apparences de la bonne foi, nous croyons devoir vous proposer de l'insérer dans les fascicules des mémoires de l'Académie, et d'adresser des remerciemens à l'auteur. »

M. Amussat se leva contre le rapport, et demanda à l'Académie la discussion pour les séances suivantes. Cette proposition fut adoptée à l'unanimité.

La discussion occupa les séances des 5, 12, 19, 26 mai et 2 juin.

Séance du 5 mai.

M. Amussat s'étonne qu'on attaque la lithotritie dans un moment où elle paraît triompher et où tous les médecins affectés de la pierre se font lithotritier.

M. Velpeau répond en comparant les résultats obtenus par les lithotomistes et ceux des lithotriteurs. « En 1827, dit-il, M. Civiale avait été consulté par quatre-vingt-trois malades; il en était mort trente-huit; trois avaient gardé leur pierre; quarante-deux seulement étaient guéris, et parmi eux dix-neuf avaient éprouvé des accidens graves! En 1830, nouvelle liste de vingt-quatre calculeux, treize guéris, onze morts! Plus récemment, nouvelle série : sur cinquante-trois calculeux, on en guérit trente; quinze succombent, huit gardent la pierre. Ces chiffres sont extraits du livre de M. Civiale, du rapport de M. Larrey et du rapport de M. Double.

« M. Itard. — M. Civiale a réclamé!

« M. Velpeau. — Je le sais; aussi suis-je allé consulter les documens adressés à l'Institut par M. Civiale même, et y ai-je constaté que les rapports indiqués sont parfaitement exacts. M. Civiale a donné des interprétations différentes des faits, mais les résultats indiqués sont constans. D'ailleurs M. Ledain, un des aides et l'ami de M. Civiale, a récemment publié un quatrième tableau statistique. Eh bien! sur trente calculeux, dix-huit sont guéris, huit morts, quatre gardent leur pierre; huit morts pour dix-huit guérisons! voilà un beau résultat, ma foi! et que sera-ce donc, si vous examinez les succès de la lithotritie en province, où les opérateurs n'ont pas toute la dextérité de ceux de Paris? M. Baucal a eu entre les mains quatorze calculeux; il n'a pu en guérir que deux par la lithotritie; les autres sont morts ou ont gardé leur pierre. J'aurais pu aborder également les résultats donnés par MM. Leroy, Tanchou, Heurteloup; ils n'ont au fond rien de plus favorable. Maintenant, voulez-vous connaître les résultats obtenus par la taille?

« A l'hôpital de la Charité et à l'Hôtel-Dieu de Paris, de 1717 à 1729, sur douze cents pierreux taillés, on compte neuf cent quarante-cinq guérisons, deux cent cinquante-cinq morts. Saucerotte, à Lunéville, obtient des succès bien plus remarquables : sur seize cent vingt-neuf malades, il en guérit quatorze cent quatre-vingt-deux. D'après un tableau inséré dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. CYSTOTOMIE, t. VI, pag. 54, M. Dupuytren, sur trois cent cinquante-six taillés, n'en avait perdu que soixante-un. A l'hôpital de Norwich en Angleterre, sur cinq cent dix opérations, on a compté soixante dix morts; à Leeds, sur cent quatre-vingt-dix-sept opérations, vingt-huit morts. Cheselden, sur deux cent treize tailles, n'avait eu que vingt-quatre morts; frère Côme, sur cent malades, dix-neuf morts; M. Souberbielle, sur cent trente-trois malades, dix-sept morts; Dupuytren, par la méthode bilatérale, sur soixante-dix malades, six morts. Tout récemment, M. Cross a publié en Angleterre (1), un tableau très exact de sept cent quatre opérations de la taille; chaque opération y est relatée dans toutes ses circonstances; son travail a même obtenu le prix *Jaksonien*. Eh bien! sur ce nombre, on ne compte que quatre-vingt-treize morts. M. de Renzi vient de publier le compte rendu des opérations de taille faites à Naples dans ces dernières années (2) : sur quatre cent un cas, il n'y a eu que soixante morts. Pajola n'en a perdu que cinq sur cinquante; Pansa, cinq sur soixante-dix; Ouvrard, trois sur soixante. M. Viricel, trois sur quatre-vingt-trois; Martineau, en Angleterre, deux sur quatre-vingt-quatre; et enfin, M. Dudley, en Amérique, un seul sur soixante-douze opérés. Ecartez, si vous voulez, ces derniers résultats, qui peuvent paraître extraordinaires, vous verrez encore que la proportion des morts a été pour frère Côme, un des plus malheureux, de un sur cinq; pour M. Souberbielle, un sur six; pour Cheselden, un sur neuf; pour Dupuytren, par la taille bilatérale, un sur douze, etc. Enfin, des chirurgiens distingués qui n'ont pas donné le chiffre exact de leurs opérations, affirment avoir obtenu de plus beaux succès en-

(1) *On the Diseases of the calculous*; Norwich, 1835, in-4°, fig.

(2) *Gazette méd. de Paris*, 1834, pag. 79.

core. Le professeur Smith, en Amérique, évalue ses pertes à un sur dix-huit; Chelius, en Allemagne, à un sur 22; Perunti, à Naples, à un sur vingt-cinq, dans sa pratique civile; et M. Santoro dit n'avoir perdu qu'un malade sur cinquante-six. Voilà, convenez-en, des résumés statistiques qui valent bien ceux qu'ont fournis les lithotriteurs. Maintenant, dites qu'il y a de l'exagération; rabattez-en, si vous voulez, peu m'importe; mais alors vous me permettrez de rabattre aussi de vos succès quand vous parlez de la lithotritie. (On rit.)

M. Roux pense que les résultats statistiques des deux opérations ne peuvent se comparer, parce que les lithotriteurs, comme il arrive toujours dans le commencement d'une découverte, tiennent compte de toutes leurs observations, des favorables et des défavorables; tandis que les lithotomistes, à raison du grand nombre de leurs cas, donnent des expressions moins rigoureuses, plus approximatives.

M. Lisfranc prend la parole pour dire que c'est après un mûr et consciencieux examen, qu'il s'est fait lithotritier, que M. Antoine Dubois a fait de même, et que tous les deux aujourd'hui sont parfaitement et radicalement guéris. Aux tableaux statistiques offerts par M. Velpeau, il oppose le passage suivant d'un article de M. Bégin.

« Depuis 1824, dit M. Civiale, d'après un « rapport qu'il vient de présenter à l'académie « des sciences de l'Institut, c'est-à-dire pendant « huit années et quelques mois, j'ai donné des « soins à quatre cent vingt-neuf malades. Parmi « eux se trouvent quatorze enfans, cent quatre-« vingt-dix adultes et deux cent vingt-cinq « vieillards; quatre cent dix-neuf du sexe mas-« culin, et dix du sexe féminin. De ces malades, « deux cent quarante-quatre ont subi la litho-« tritie par perforations successives, et le résul-« tat a été que deux cent trente-six ont guéri, « cinq sont morts, et trois ont continué à souf-« frir. Parmi les cent quatre-vingt-cinq autres, « quatre-vingt-huit ont été soumis à l'opération « de la taille; d'entre eux quarante-huit sont « morts, trente-deux ont guéri, et huit ont « conservé des infirmités. Ces opérations furent « faites par différentes méthodes; savoir : treize « par le procédé latéral, neuf par la méthode « bilatérale, et trente-neuf par l'appareil hypo-« gastrique. Dans les vingt-sept derniers cas, « le procédé n'est pas connu, parce que les « malades s'adressèrent à d'autres chirurgiens, « et furent perdus de vue.

« Dans quatre-vingt-dix-sept cas, qui com-« prennent et quelques uns de ceux qui furent « taillés et le reste de ceux dont il n'a pas été « tenu un compte définitif, il n'y a pas eu réel-« lement de lithotritie, soit que les désordres « généraux et des altérations organiques locales « eussent fait assez de progrès pour enlever tout « espoir de réussite, soit que les malades aient « refusé de se soumettre à d'autres tentatives, « après que l'on eut reconnu l'impossibilité de « pratiquer le broiement. Les renseignemens « indispensables pour s'assurer et de l'état des « organes, et du nombre, et du volume, ainsi « que de la densité des pierres, ne sauraient en « effet constituer des opérations dans le sens « rigoureux de ce mot. Ce sont des préliminaires auxquels il faut presque toujours se li-« vrer avant de se décider à opérer et de faire « choix de la méthode convenable. L'applica-« tion de la méthode, le commencement d'exé-« cution de cette méthode, constituent seuls « l'opération, et ce n'est qu'à dater de cette « époque que l'on peut calculer les avantages ou « les inconvéniens qu'elle a présentés.» (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Art. Lithotritie, t. XI, p. 157.)

M. Velpeau. — La statistique donnée par M. Bégin est en opposition, il est vrai, avec celles que j'ai citées, quoique les miennes viennent aussi de M. Civiale, et que leur résultat soit que de cent quatre-vingt-dix calculeux, cent trois ont été guéris par le broiement, quinze ont gardé leur pierre, soixante-douze sont morts. Mais M. Bégin emprunte le dire de M. Civiale lui-même, tandis que moi, j'ai analysé, rassemblé, pesé les faits annoncés par ce lithotriteur. Un seul mot : comment se fait-il que M. Civiale n'ait que cinq morts sur deux cent quarante-quatre opérés, quand le rapport de M. Double en indique déjà dix sur quarante? M. Lisfranc apporte les résultats de son observation en preuve que la mortalité de la taille est plus grande qu'on ne le dit généralement; j'aurais pu aussi alléguer la mienne pour soutenir une opinion différente; car, sans avoir l'expérience de M. Lisfranc, j'approche de la quarantaine, et je compte plus de vingt années dans les hôpitaux. Je ne l'ai pas fait, précisément pour échapper à l'objection de M. Roux, que nous n'avons là-dessus que des à peu près. Je me suis astreint à ne citer que des résultats obtenus dans les établissemens où l'on compte toutes les opérations, et ces résultats authentiques ne sauraient être attaqués. Enfin, il y a un point de vue qu'on a oublié; c'est le propre de la lithotritie, dit-on, de choisir ses malades. Eh! sans doute, la lithotritrie prend les sujets les plus favorables, et ne laisse à la taille que les plus mauvais. Qu'y aurait-il alors d'étonnant que la lithotritie eût plus de succès que la taille? Voilà pourquoi j'aurais désiré que la comparaison pût s'établir sur des sujets en nombre égal, et offrant autant que possible les mêmes chances de guérison.

M. Sanson déclare qu'il a pratiqué souvent la lithotritie, qu'il en a obtenu les plus grands succès; que, conséquemment, l'objection faite par M. Amussat, que beaucoup de chirurgiens ne savent pas ou ne savent que mal faire la lithotritie, ne lui est pas applicable; que, cependant, il est complétement de l'avis de M. Velpeau, sur les avantages comparatifs de la taille et de la lithotritie.

Séance du 12 *mai* 1835.

M. Souberbielle informe l'Académie qu'il vient de pratiquer la taille sur un médecin d'Andelot, et que le malade était guéri le dixième jour.

A cette occasion, l'auteur fait quelques réflexions sur la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance. Sur les cent trente-trois malades opérés par lui, plus de trente avaient été soumis antérieurement à des tentatives de lithotritie. Il nie complétement la presque innocuité dont on a gratifié le broiement, et les prétendus

perfectionnemens apportés au manuel opératoire. En effet, dit-il, les mêmes accidens survenus à la naissance de la lithotritie se reproduisent encore aujourd'hui, et dans les mains des mêmes opérateurs. Ainsi, si, en 1824, M. Turgot a eu l'urètre et le rectum perforés; si, en 1826, le docteur Petit a eu une déchirure du canal et cinq dépôts urineux, en 1828 M. Le Sénécal a eu une perforation de l'urètre et du corps caverneux, M. Gasselin a eu une déchirure du canal et un abcès de la paroi antérieure de la vessie, en 1832 le général Roguet présenta encore un exemple de déchirure urétrale et d'infiltration urinaire, et en 1834 M. Hector Chaussier a la vessie pincée deux fois et deux portions de sa membrane muqueuse sont entraînées par l'instrument lithotriteur.

M. Labat adresse des réflexions sur la même discussion, et annonce qu'il s'occupe d'un mémoire où il montrera les avantages des nouveaux procédés de la lithotritie. En attendant, il propose à M. Velpeau de prendre dix calculeux; cinq seront taillés par M. Velpeau, cinq seront broyés par M. Labat, et celui des deux opérateurs qui aura moins de succès que l'autre, soldera une somme de mille francs aux dix opérés. Cette dernière partie de la lettre, par décision du conseil, n'a point été lue à l'Académie.

Séance du 19 mai.

M. Lisfranc s'élève de nouveau contre la statistique de M. Velpeau.

« Et d'abord, pour ce qui regarde la lithotritie, j'ai déjà fait voir que M. Velpeau s'était arrêté à quelques résultats favorables à sa thèse en apparence, et qu'il n'avait pas tenu compte des autres. Il a pris trois ou quatre comptes rendus partiels, et n'a dit mot des chiffres bien autrement élevés, rapportés par M. Bégin d'après M. Civiale. Il a omis également de parler des résultats obtenus à Londres par M. Heurteloup, qui, sur trente-huit malades lithotritiés, n'en a perdu qu'un seul. Mais je passerai rapidement sur cette légère objection. Du moins, M. Velpeau s'est-il appuyé sur des faits bien exacts?

« M. Bancal, a-t-il dit, sur quatorze opérés, n'en a guéri que deux; les douze autres sont morts ou ont gardé leur pierre. Un pareil résultat serait bien grave; et l'on ne concevrait pas que M. Bancal, après tant d'insuccès, se porte encore le défenseur enthousiaste de la lithotritie. Heureusement le mal n'est pas si grand; et d'abord, au lieu de deux individus guéris, M. Bancal en cite quatre, trois hommes et une femme. J'ai entre les mains les détails résumés de ces observations; mais je ne veux pas en fatiguer l'Académie : je renverrai seulement aux observations première, deuxième et quatrième du livre de M. Bancal (1), pour les hommes, et à la première des observations qui ont trait aux femmes.

« Mais enfin que sont devenus les dix autres sujets? Ici je dois d'abord établir que M. Bancal n'a point voulu faire de statistique; tout son livre étant partagé en trois sections : *cas favorables à la lithotritie, cas compliqués* et *cas contre-indiqués*. Il a ajouté, à chaque chapitre, des observations comme exemples et comme preuves à l'appui des doctrines; ce sont donc des faits choisis qu'il rapporte, et conséquemment des faits qui ne peuvent servir d'élémens de statistique. Mais il s'en faut de beaucoup encore que ses dix malades aient été opérés et soient morts, ou aient gardé leur pierre. Ainsi, dans trois cas, le calcul ne put être saisi; il n'y eut donc pas d'opération. Dans trois autres, l'état des viscères contre-indiquait l'opération, et on fut obligé de suspendre les séances. Dans un autre, le calcul ne fut détruit qu'en partie. Enfin, des trois individus qui ont succombé, l'un offrit à l'autopsie un squirrhe du pylore, avec une altération profonde des reins. Un second ne fut point lithotritié; après trois introductions de la sonde, de dix minutes chacune, il survint une fièvre avec frissons, à laquelle il était sujet depuis longues années, et qui l'emporta. Enfin, le troisième, qui était venu de Madrid à Bordeaux, et vint ensuite de Bordeaux à Paris, mourut ici avec des lésions organiques très graves des organes urinaires, qui furent démontrées par l'autopsie. Ainsi, pour les faits de M. Bancal, M. Velpeau ne les a donc ni assez bien comptés, ni assez bien appréciés. Je ne trouve pas qu'il ait été beaucoup plus heureux dans ses recherches sur la taille.

« 1° M. Velpeau dit qu'à l'hôpital de la Charité, de 1719 à 1728, on a taillé douze cents pierreux, sur lesquels il en est mort deux cent cinquante-cinq, ce qui fait un mort sur quatre et demi environ. On trouve dans le *Traité de la taille* de Morand, un relevé des opérations faites à la Charité de 1720 à 1727 inclusivement; le total ne va qu'à deux cent huit opérés, sur lesquels il y a eu soixante-onze morts, c'est-à-dire un sur trois opérés.

Morand donne un autre tableau tiré de l'Hôtel-Dieu durant le même temps; on y trouve un total de six cent quatre opérés, sur lesquels cent quatre-vingt-quatre sont morts, ou un sur trois un quart environ.

En ajoutant ces deux tableaux ensemble, on obtient un total de huit cent douze opérés, sur lesquels deux cent cinquante-cinq sont morts, un sur trois et un sixième. Je ne connais pas d'autres tableaux publiés sur cette époque; il est même à noter que le chiffre des morts de l'Hôtel-Dieu et de la Charité ensemble, est le même que celui que M. Velpeau attribue à la Charité seule. Mais il y a une énorme différence entre son total de douze cents opérés, et le total réel qui est de huit cent douze.

Morand donne ailleurs (*Opuscules de chirurgie*) le tableau des pierreux taillés à la Charité, de 1731 à 1735. Sur soixante-onze opérés, trente-deux sont morts.

« 2° M. Velpeau dit que sur seize cent vingt-neuf opérés, Saucerotte n'en a perdu que cent quarante-sept. De ces seize cent vingt-neuf, il faut d'abord déduire soixante-cinq femmes, chez lesquelles on sait que la taille est bien moins périlleuse. En effet, sur soixante-cinq femmes, deux seulement sont mortes; restent quinze cent soixante-quatre calculeux mâles, sur quoi cent quarante-cinq sont morts, c'est-à-dire un sur onze opérés environ, ce qui est encore très beau. A quoi tient un semblable

(1) *Manuel pratique de la lithotritie;* Paris, 1829, in-8°, fig.

succès? Le voici : Saucerotte n'opérait presque que sur des enfans; ainsi, sur quinze cent soixante-quatre calculeux, on en compte onze cent dix-neuf au dessous de treize ans. De quarante-un à soixante-dix-huit ans, époque où la mortalité est bien plus grande, Saucerotte n'en a taillé que soixante! Jamais la taille n'a été pratiquée dans des conditions plus favorables.

« 3° M. Velpeau cite des résultats obtenus en Angleterre, publiés par MM. Smith et Cross. Ils sont moins beaux que ceux de Saucerotte, mais ils sont encore satisfaisans. J'ai trouvé dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper, art. CALCULS URINAIRES, des tableaux qui diffèrent un peu de ceux de M. Velpeau, et qui permettent de concevoir alors les succès des Anglais.

A Bristol, sur trois cent cinquante-cinq malades, on en comptait cent soixante-dix-sept, la moitié, au dessous de quatorze ans. Malgré cette circonstance si favorable, la mortalité générale est de un sur quatre et demi. Chez les calculeux qui avaient passé soixante ans, la mortalité est de un sur deux, ou deux et demi au plus.

« A Leeds, la proportion est meilleure. Sur cent quatre-vingt-dix-sept calculeux, il n'en meurt que vingt-huit, un sur sept environ; mais le nombre des opérés au dessous de quatorze ans était de cent un, plus de la moitié.

« Il y a même une autre déduction à faire. Ainsi, en réunissant les chiffres de ces deux hôpitaux, on aurait cinq cent cinquante-deux opérés; il faut en ôter seize femmes.

« Pour l'hôpital de Norwich, les chiffres et les documens sont bien plus précis. Il y a eu cinq cent six opérés, dont vingt-huit femmes. Nous écarterons ces vingt-huit femmes, qui n'ont donné que deux morts, ou un sur quatorze; il nous restera quatre cent soixante-dix-huit calculeux, sur lesquels soixante-huit sont morts, c'est-à-dire un sur sept, résultat magnifique encore. Mais sur ces quatre cent soixante-dix-huit opérés, il y en avait deux cent vingt-sept au dessous de quatorze ans, et pour ceux-là on convient que la taille est préférable à la lithotritie. En effet, sur ces deux cent vingt-sept enfans, il n'en est mort que douze, c'est-à-dire un sur dix-neuf. Mais sur les deux cent cinquante-un restans, et compris sous le nom d'adultes, quoique ceux de quinze et vingt ans offrissent encore de bien belles chances, veut-on savoir combien il en est mort? cinquante-six, c'est-à-dire un sur quatre et demi. Il n'y a plus tant de quoi se vanter.

« 4° Cheselden, dit-on, sur deux cent treize taillés n'a eu que vingt-quatre morts, un sur neuf à peu près. Cela demanderait à être prouvé, d'autant plus que Cheselden avoue quelque part (MORAND, *Opuscules de chirurgie*), que sur dix malades taillés par lui, au haut appareil, quatre moururent, et un cinquième éprouva des accidens affreux, *étant devenu comme un squelette par ses souffrances*. Ce qu'il y a de plus clair là dedans, c'est que Cheselden avait besoin de déprécier la taille sus-pubienne pour vanter son procédé périnéal.

« 5° Frère Côme, sur cent opérés, n'en a perdu que dix-neuf, un sur cinq. Notez qu'il faut ôter de ce nombre cinquante-neuf femmes, après quoi il vous restera quarante-un hommes, dont il est mort dix, c'est-à-dire un sur quatre.

« 6° On cite les assertions de Petrunti, Pajola, Santoro, etc., etc., qui ne perdent, en Italie, que un malade sur vingt, vingt-cinq, cinquante-six opérés. Cela est peu croyable, si on le compare aux documens donnés par la *Gazette medicale* du 4 avril 1835, sur les opérations faites depuis quatorze ans dans les hôpitaux de Naples. Sur quatre cent quarante opérés, il en est mort soixante-cinq, c'est-à-dire un peu plus de un sur sept; c'est déjà un déchet considérable. Si ensuite nous ôtons du chiffre total quatorze femmes, il restera quatre cent vingt-six calculeux, sur lesquels deux cent trois n'avaient pas atteint l'âge de quinze ans. A prendre les proportions de mortalité indiquées pour cet âge à l'hôpital de Norwich, on voit que les succès des lithotomistes napolitains se réduisent à peu près à ceux que nous obtenons à Paris.

« Il résulte, bien évidemment, de tout cela, que, ni la lithotritie n'est aussi fatale, ni la taille aussi heureuse qu'il avait été dit. J'ajouterai une autre réflexion; c'est qu'à mesure que la lithotritie deviendra populaire, les malades que la taille effrayait viendront de meilleure heure consulter le chirurgien. Le nombre des calculs anciens et volumineux décroîtra naturellement; et puisqu'il est accordé que pour les petits calculs la lithotritie doit être préférée, c'est donc une chance de plus qu'elle a dans l'avenir, de devenir méthode générale.

M. Velpeau répond qu'il a consulté les ouvrages des lithotriteurs eux-mêmes, et montre que ces chirurgiens ne font point entrer tous les calculeux qui se présentent à eux dans leurs tableaux de statistique, parce qu'en effet ils ne les opèrent pas tous. — Il croit, du reste, que ni les relevés statistiques de la taille, ni ceux de la lithotritie ne présentent d'authenticité suffisante, à l'exception de quatre ou cinq d'entre eux, peut-être. Enfin, à l'assertion de M. Lisfranc, que les malades se présentant de bonne heure au chirurgien, et avec de petits calculs, pourront être désormais lithotritiés, au lieu d'être taillés, il répond que, le plus souvent les malades gardent pendant plusieurs années leur calcul sans le sentir.

M. AMUSSAT. — « Toute l'argumentation de M. Velpeau porte à peu près sur ces deux points : 1° la taille dans l'enfance a véritablement moins d'inconvéniens que la lithotritie; 2° les relevés statistiques sont en faveur de la taille. La première assertion est accordée, et ne prouve rien, d'ailleurs, pour la question générale. Quant à la seconde, je répète que je n'accorde aucune confiance à la statistique comparative, parce que les élémens en sont trop inexacts; et comment pourrais-je y croire, quand vous avez entendu M. Velpeau lui-même dire que les relevés qu'il cite étaient empreints d'une évidente exagération? J'ai déjà comparé cette statistique pour les opérations à la statistique des batailles, où chaque parti prétend toujours avoir perdu moins de monde que l'ennemi. Mais, dit M. Velpeau, on n'a qu'à prendre un nombre égal de calculeux pour la lithotritie et pour la taille; les opérer en public, sous les yeux d'une commission; on aura alors des

données positives. Je dis d'abord que, quand même cette expérience pourrait être faite, elle ne prouverait rien. J'ai été dupe une fois de ces promesses de la statistique; j'avais essayé de comparer l'extraction et l'abaissement de la cataracte; et ici, cependant, les conditions étaient les plus semblables possible : on pouvait opérer un œil d'une façon, l'autre de l'autre. Eh bien! les chiffres n'ont rien prouvé du tout. Tantôt une opération réussissait mieux, d'autres fois plus mal. Il pourrait en arriver autant dans vos expériences; que concluriez-vous alors? Mais surtout je m'élève contre cette proposition, comme inhumaine et barbare; je m'élève contre cette assertion, que le chirurgien peut choisir à son gré tel ou tel moyen. Quand il s'agit de vie ou de mort, non, le choix ne saurait être libre; il y a obligation de préférer l'opération la moins grave : le broiement de la tête du fœtus à l'opération césarienne, le taxis à l'opération de la hernie étranglée, la lithotritie à la taille. Car, notez bien ceci : la lithotritie et la taille ne sont pas réellement en rivalité directe; toutes deux ont leurs indications spéciales, et ce qui convient à l'une ne va pas à l'autre. C'est ainsi que, il y a dix ans, j'ai défendu de toutes mes forces la taille, que certains enthousiastes voulaient remplacer dans tous les cas par la lithotritie; et par la même raison, je défends aujourd'hui la lithotritie contre les enthousiastes de la taille. Vous proposez, M. Velpeau, de soumettre aux deux opérations des malades placés dans les mêmes circonstances. Mais cette identité de circonstances est un rêve que la pratique n'a jamais réalisé. Si vos malades étaient dans les mêmes circonstances, ils devraient guérir tous, ou succomber tous; car, pourquoi des effets différens avec des conditions semblables? Vous supposez cependant qu'il y aura des insuccès; c'est la proportion des insuccès que vous voulez même comparer. Mais ceux qui seront morts, direz-vous qu'ils étaient dans les mêmes circonstances que ceux qui auront guéri?

Mais je veux supposer un moment, en théorie, ce qui ne saurait exister en pratique, des conditions égales pour un certain nombre de malades. Je demande maintenant à M. Velpeau dans quelle classe de calculeux il choisira les individus à opérer. Osera-t-il comparer, par exemple, les deux opérations sur des sujets jeunes, dont la vessie soit saine, peu irritable, et le calcul petit et peu dur? Evidemment, tout l'avantage serait ici pour la lithotritie. Prenez des circonstances tout opposées, la taille sera probablement plus heureuse. Que résulte-t-il de ceci, Messieurs? C'est que manifestement la question a été mal posée; c'est qu'il ne s'agit pas de savoir, en thèse générale, si une opération vaut mieux que l'autre, mais bien en quels cas elle vaut mieux que l'autre; de savoir si l'une doit être la méthode générale, et l'autre l'exception; mais dans quels cas l'une ou l'autre sera la méthode générale, l'une ou l'autre l'exception.

Je dis donc, reprend M. Amussat, que déjà la grande majorité des calculeux peut se diviser en deux principales catégories : ceux pour qui la lithotritie doit être préférée, ceux pour qui la taille promet d'être favorable. (Mouvement marqué d'attention.) Je comprends dans la première catégorie les cinq cas suivans :

1er cas. Calcul petit; organes urinaires sains.
2e Calcul un peu plus gros; vessie saine.
3e Deux petits calculs; vessie saine.
4e Calcul du volume d'une noix, mais mou et friable; les organes urinaires sains.
5e Trois petits calculs; vessie saine.

Ainsi les conditions les plus favorables pour la lithotritie, c'est que la vessie soit saine et les calculs petits ou friables. Alors certainement elle n'admet pas même de comparaison avec la taille; et vous avez ouï M. Velpeau dire que lui-même, en cas pareil, se ferait lithotritier. Eh bien! ces cinq cas comprennent aujourd'hui déjà les deux tiers des calculeux. Si donc il ne s'agissait que d'une question de chiffres, elle serait résolue pour la lithotritie. Ajoutez qu'à l'avenir, comme l'a très bien remarqué M. Lisfranc, les malades, plus confians, réclameront plus tôt les secours de l'art; car je ne saurais regarder comme une réponse sérieuse, que les malades ne sentent la présence d'un calcul que quand il est volumineux.

La seconde catégorie comprend également cinq cas; ce sont les suivans :

6e cas. Calcul volumineux et dur.
7e Calcul mural.
8e Calcul volumineux; complication de catarrhe vésical.
9e Deux gros calculs.
10e Calcul unique remplissant la vessie.

Ce sont là des cas qui paraissent complétement dévolus à la taille; et cependant l'expérience nous a appris que cette loi générale souffrait de très nombreuses exceptions. Il ne faut pas perdre de vue, dans cette discussion, que les accidens dont on nous oppose l'effrayante histoire, remontent à une époque déjà loin de nous, où la lithotritie était dans son enfance, les instrumens mauvais, les opérateurs moins exercés. Il y a une époque de développement pour tous les arts. Que dirait-on de nous, si, pour combattre la taille, nous allions remonter au temps d'Hippocrate, qui la regardait comme si terrible, qu'il la défendait à ses élèves? C'est à partir de 1831 seulement qu'il est permis de prendre la lithotritie pour la juger d'une manière impartiale. Depuis les progrès qu'elle a faits à dater de cette époque, les calculs qui exigeaient auparavant quinze, vingt, vingt-cinq séances, sont pulvérisés en quatre ou cinq séances; la durée des séances a été elle-même abrégée, et je parle d'essais faciles à faire, les calculs sur la table, avec les différens instrumens. Tous les reproches adressés aux anciens procédés tombent donc devant les nouveaux; et c'est de la lithotritie actuelle qu'il s'agit.

Eh bien! avec les perfectionnemens actuels, je dis que, dans tous les cas, il faut commencer par la lithotritie; *tâter le malade*, qu'on me passe l'expression. Si l'on a affaire à un sujet très irritable, qu'on s'arrête; c'est la loi. Mais dans le plus grand nombre des cas, la douleur causée par le premier essai s'affaiblit au second, et ainsi de suite; le malade s'habitue à la lithotritie, et à la fin il ne sent presque plus rien. Je prie l'Académie de me permettre de lui citer un de mes malades, dont l'histoire a été assez

répandue ; je veux parler de M. Poterlet, qui a été opéré cinq fois de la pierre. Il y a dix ans, il fut lithotritié pour la première fois par M. Heurteloup ; un an après, il le fut par moi. La pierre revenue une troisième fois, il craignit que la lithotritie n'eût laissé quelques fragmens dans sa vessie ; il préféra la taille, et ce fut moi qui l'opérai. La vessie fut parfaitement vidée ; et cependant le calcul revint encore. Le malade a été depuis lithotritié pour deux récidives. Ceci est à noter, car on a dit que la lithotritie exposait aux récidives en laissant des fragmens ; et voici un homme délivré par la taille, et chez qui des calculs sont encore revenus deux fois. Mais je reviens. M. Poterlet, à la fin, était tellement habitué à la lithotritie, qu'il m'écrivait : «J'aime autant une séance de lithotritie que me faire arracher une dent.»

M. Velpeau. — Pas plus que cela !

M. Amussat. — On commence donc par tâter son malade. S'il supporte bien l'essai, on continue ; et fallût-il y mettre dix séances, on finit par le délivrer de son calcul. J'ai fait ceci pour des pierres grosses et dures, et je possède déjà des faits nombreux de broiement pratiqué avec succès, même sur des pierres murales. Seulement, quand la dureté est excessive, on essaie de miner la pierre par des perforations successives avant de l'écraser ; et si les tentatives sont trop douloureuses, on a recours à la taille. La contre-indication paraît bien plus formelle quand il y a un catarrhe vésical, et j'avais pensé d'abord que jamais, en pareil cas, on ne devait tenter la lithotritie. Plusieurs faits de succès complet m'ont forcé à revenir de cette opinion trop absolue. Quand il y a deux grosses pierres, on peut essayer comme s'il n'y en avait qu'une ; enfin, il n'est pas jusqu'à ce dernier cas si grave d'une pierre remplissant la vessie, où le broiement ne doive être d'abord tenté. Ici aussi j'avais établi en principe qu'il fallait de prime abord recourir à la taille ; mais en recueillant, en comparant les observations de lithotomie tentée sur des calculeux de ce genre, qu'ai-je trouvé ? Des accidens énormes ; la vessie déchirée, la pierre cassée en morceaux, les fragmens impossibles à extraire en totalité ; et en considérant d'autre part que ces calculs si volumineux sont composés de phosphates, et généralement friables, je pense qu'il y aurait des chances favorables à essayer la lithotritie.

Je n'ai point cité, dans ces catégories, les pierres enkystées, qui offrent autant de dangers pour une opération que pour l'autre ; non plus que quelques autres complications. Quand il y a rétrécissement de l'urètre, il faut le détruire d'abord, et voilà tout. Il était à craindre que, dans la paralysie de la vessie, cet organe ne pût se délivrer des fragmens produits par le broiement ; mais plusieurs faits m'ont rassuré sur ce point. Je pourrais citer, entre autres, un sculpteur, employé à l'arc de l'Etoile, que j'ai opéré par la lithotritie ; la paralysie était si complète, qu'elle persiste encore aujourd'hui, et cependant ce malade a été complétement débarrassé d'un de ses calculs.

En résumé, on doit donc, dans tous les cas, commencer par essayer la lithotritie. Réussira-t-on toujours ? On ne saurait ni le promettre, ni l'exiger ; il n'est pas d'opération, si légère qu'elle soit, qui n'entraîne quelquefois des accidens graves et même mortels, et la lithotritie serait trop heureuse si elle faisait seule exception. Mais d'une part, dans les cas ordinaires, la lithotritie entraîne toujours moins d'accidens que la taille ; car la taille offre les mêmes dangers, plus ceux qui lui sont propres ; et dans les autres cas, dès qu'il est reconnu que la lithotritie ne convient pas, nous disons qu'il faut recourir à la taille. Nous ne sommes donc partisan absolu ni de l'une ni de l'autre ; les circonstances seules dirigent notre choix. Mais nous croyons être dans le vrai en disant qu'il faut s'adresser d'abord à la lithotritie, et que tous les médecins, et que M. Velpeau lui-même, s'il avait la pierre, commenceraient par l'essayer.

Séance du 26 mai.

M. Lepelletier fait remarquer que la taille ne choisit point les malades à opérer ; que la lithotritie, au contraire, est forcée de les choisir ; que si, dans cet état des choses, la statistique est plus favorable à la taille, que serait-ce donc si la taille pouvait aussi, elle, choisir ses sujets ? — On prétend que la lithotritie est difficile à pratiquer, qu'elle demande une main habile ; mais cela même est un inconvénient. Il est fâcheux, pour une méthode, à avoir toujours à en appeler à ses perfectionnemens ultérieurs.

M. Lepelletier termine en disant que la lithotritie, dans les cas les plus favorables, lui paraît devoir rivaliser avec la taille ; mais qu'il faut se garder d'abuser de cette opération.

M. Amussat dit qu'en effet la taille et la lithotritie diffèrent par leurs indications ; et que, s'il a, dans cette circonstance, rejeté le témoignage des statistiques, c'est que ces statistiques ne sont ni assez authentiques, ni assez semblables.

Dans la séance du 2 juin, M. Velpeau rapporte et résume ainsi toute la discussion.

« M. Velpeau retrace à grands traits la marche qu'a suivie la discussion, expose les objections pour et contre, compare de nouveau les résultats des deux opérations prises en masse, et répète que la lithotritie ne mérite pas les éloges qu'on lui accorde généralement. On m'a répondu, dit-il, qu'elle avait été violemment attaquée, que toutes les portes lui avaient d'abord été fermées. Quel est le but d'un pareil langage ? Il vient, si je ne me trompe, à l'appui de mon assertion ; car il tend à justifier les exagérations que je signale, et non à les nier. Mais l'excuse qu'on invoque est-elle au moins fondée ? non, elle ne l'est point ; jamais méthode nouvelle n'a été mieux accueillie que le broiement de la pierre, pas un chirurgien de renom ne l'a formellement repoussée. Percy ne s'en est-il pas fait tout d'abord le soutien ? Dupuytren ne l'a-t-il pas maintes fois essayée ? L'Institut l'a chargée de récompenses. Tous les hôpitaux de Paris lui ont été ouverts. L'Hôtel-Dieu, la Charité, la Pitié, la Clinique, St.-Antoine, Beaujon, etc., sont allés au devant. Un service a été créé tout exprès pour elle à l'hôpital Necker. Il en a été de même à Londres et partout. C'est donc un trait d'ingratitude de sa part que de se plaindre ainsi.

« Quelqu'un est venu m'objecter ensuite que Boyer, cet ennemi des innovations, s'en est

déclaré, à la fin, le partisan. J'ai fait voir que cette assertion n'avait pas de fondement, que Boyer adoptait la lithotritie dans les mêmes limites que nous, et pas davantage; et quand même il en serait autrement, serais-je embarrassé pour opposer autorité à autorité, Dupuytren et Delpech à Boyer, parmi les morts; A. Cooper, Brodie, V. Mott, etc., à quelques vivans? Mais laissons ces raisons, car elles ne sont pas des preuves.

« M. Lisfranc s'est fait lithotritier et il est guéri: et pourquoi ne l'eût-il pas été, s'il se trouvait dans les conditions que j'ai indiquées? puis, qui vous prouve que par la taille il n'eût pas été guéri, et plus promptement et plus sûrement encore? Que penseriez-vous de M. Anderlot, s'il venait vous dire demain: on voulait me lithotritier, je m'y suis refusé, on m'a *taillé et me voilà!* prouverait-il par là que la taille vaut mieux que la lithotritie? La même remarque s'applique à M. A. Dubois et à tous les autres. D'ailleurs, M. Dubois ne s'est pas prononcé sur ce point, où plutôt il avoue dans une lettre qu'il ne serait pas étonné que la taille convînt encore au plus grand nombre des cas. Hallé qui est mort de la taille eût été sauvé par la lithotritie; qu'en savez-vous? qui vous dit que le broiement ne l'eût pas fait mourir aussi? Trouveriez-vous juste que je fusse venu vous dire: Tel qui est mort de la lithotritie eût été sauvé par la taille?

« Tous les médecins se font lithotritier. Ceci est encore inexact, et je l'ai déjà prouvé. En outre, plusieurs d'entre eux ont eu lieu de s'en repentir: voyez plutôt le docteur Petit de Gray, le médecin de Bazas, le docteur Provosty, M. de Vaucelles, etc. Après tout, quelle conséquence en tirer? sommes-nous moins pusillanimes, moins craintifs que les autres hommes, quand il s'agit de nous soumettre à l'action du bistouri?

« Autre raison tout aussi concluante, et venant de la même source: les calculeux fuient les chirurgiens d'hôpitaux, parce que ceux-ci ne veulent point essayer le broiement. M. Sanson vous a montré tout à l'heure la justesse de cette accusation. J'ajouterai que depuis six mois, il est entré plus de quinze malades dans les divers hôpitaux de Paris, tandis que le service de M. Civiale en est encore à son quatrième ou cinquième, et que j'en ai opéré quatre à moi seul. Ainsi cela n'est pas, et j'en suis surpris, car il tombe sous le sens, et beaucoup de gens le savent bien, que les malades iront plutôt au chirurgien qui leur promet de les opérer sans douleur et sans danger, qu'à celui qui leur offre l'opération la plus convenable sans en déguiser les inconvéniens. Je pourrais encore donner de cette antipathie, si elle existait réellement, une autre raison. Mais, respect aux faiblesses humaines! Que dire de cette allégation qui veut que la taille soit plus brillante que la lithotritie, et que les chirurgiens la préfèrent pour ce motif! Y a-t-on bien songé! la taille plus brillante que la lithotritie! Mais n'est-ce pas au contraire cette incision, cette *trouée*, comme vous l'appelez, caractère essentiel de la taille, qui rend une opération repoussante, et qui inspire le plus d'horreur aux malades? Qu'y a-t-il de plus brillant en pareil cas qu'une méthode qui pénètre au fond des organes par les voies naturelles, en promettant de ne causer aucune douleur, et de réduire instantanément le calcul en poussière.

« A l'appui de ma première assertion, j'ai dit qu'on avait exagéré les dangers de la taille, et amoindri ceux de la lithotritie. Aux chiffres que j'ai donnés, aux preuves que j'ai invoquées, qu'a-t-on objecté? que la question n'était pas encore mûre, qu'il n'était pas temps d'interroger les faits. Si la question n'est pas mûre, elle est donc controversable; il y a donc doute, incertitude; et s'il y a doute, comment se fait-il que vous ne veuilliez pas même en permettre la comparaison, l'examen? Il n'est pas temps? et quand donc sera t-il temps, je vous prie? Depuis dix ans, il n'est bruit que de la lithotritie, elle a été pratiquée dans toutes les parties du monde, nous en possédons près de mille observations, et il n'est pas temps d'en apprécier consciencieusement la valeur!... Allons donc, cette raison-là n'aura pas cours dans la science. Quelqu'un a dit que j'exagerais en faveur de la taille, et que j'avais affaibli les succès de la lithotritie; pour prouver le fait, vous avez vu M. Lisfranc soutenir qu'il fallait d'abord ôter les enfans et les femmes du tableau de la taille, attendu qu'ici l'opération n'est pas grave. Voyez le raisonnement! On convient que la taille est préférable chez les enfans et les femmes, puis on ajoute, à cause de cela, qu'il ne faut pas en tenir compte. N'est-ce pas comme si je disais: Dans vos relevés sur le broiement, il ne faut pas faire entrer les cas de calculs petits et friables, de vessie saine et d'organes peu irritables, par la raison qu'alors l'opération est peu dangereuse! Ai-je besoin de rappeler comment le même membre, qui aime tant à poser des préceptes, s'y est pris pour *compter*, *peser* et *apprécier* les faits cités par MM. Begin, Heurteloup, Bancal? M. Amussat, qui prétend que la statistique ne prouve rien, et qui n'en veut pas faire, vient pourtant d'en faire devant nous à son insu tout-à-l'heure, car comment saurait-il qu'il ne soumettait que la moitié de ses malades à la lithotritie dans le principe, tandis que maintenant il en opère les deux tiers de cette façon, s'il n'avait pas compté? Enfin, pour mettre ces messieurs plus à l'aise, je suis allé jusqu'à leur accorder que certains tableaux de la taille me paraissaient entachés d'exagération, que je consentais à n'en pas faire usage, à condition qu'ils laisseraient aussi de côté certains relevés de lithotritie. Au lieu de me suivre dans cette voie, qu'ont-ils fait? ils ont dit que mes résumés n'étaient d'aucune valeur, puisque j'en avouais moi-même l'inexactitude. Or, j'ai prouvé que toute ma statistique relativement à la taille et à la lithotritie, était tellement juste, qu'il ne leur a pas été possible de l'attaquer sérieusement. Savez-vous, en definitive, à quel résultat on arrive en comptant leurs faits en masse, comparés à ceux des lithotritistes? Sur un total de mille trois malades présentés à la lithotritie, six cent seize seulement ont été délivrés de leur pierre, trois cent quatre-vingt-sept l'ont gardée ou sont morts; et d'autre part, sur un total de cinq mille huit cent soixante-treize taillés, on trouve cinq mille cent quarante-neuf guérisons, sept cent vingt-quatre morts. La taille a donc donné jusqu'ici des résultats plus favora-

bles, puisque pour rendre la mortalité égale, il faudrait qu'en regard du chiffre total des individus guéris par elle, il y eût deux mille sept cent treize morts. Accablés par ces argumens, ils s'en justifient en disant : la lithotritie est une méthode nouvelle, elle se perfectionnera. Comment, nouvelle ? Nouvelle, quand depuis quinze ans elle occupe presque tous les chirurgiens exercés ; quand MM. Leroy, Heurteloup, Amussat, lui ont fait subir chacun une douzaine de perfectionnemens et inventé cent instrumens dont ils ne se servent plus ? Est-ce que la double incision de M. Dupuytren, et la taille quadrilatérale de M. Vidal ne sont pas aussi des perfectionnemens ? Pour moi tout est perfectionnable, et si la lithotritie ne l'était pas, il faudrait la rejeter, car la taille finira, elle, par devenir meilleure qu'elle n'est maintenant.

« Voyons en quoi il serait si cruel d'examiner comparativement la taille et la lithotritie d'une manière absolue. Où est le danger de la taille ? Dans la plaie ; et que peut produire cette plaie ? Elle peut produire : 1° une hémorrhagie, qui est rarement très grave ; 2° une lésion du rectum, qui est rare et de peu d'importance ; 3° une perforation de la vessie, plus rarement encore ; 4° des accidens nerveux aussi très rares ; 5° une cystite souvent mortelle ; 6° une péritonite, une phlébite, des infiltrations qui ne sont guère moins redoutables ; puis 7° des fistules, l'incontinence, l'impuissance, qui forment de simples infirmités dont on guérit le plus ordinairement ; enfin quelques fragmens peuvent rester dans la vessie. En voilà bien assez sans doute ; mais attendez, le broiement est aussi couvert d'épines. Ses dangers, à lui, tiennent à la nécessité de tenir dans l'urètre des instrumens gros et droits. On va me répondre peut-être que maintenant ils sont courbes ; là-dessus, on se trompe fortement. La courbure qu'ils offrent au bout, en rend l'introduction plus facile ; mais la portion qui doit rester dans l'urètre, est absolument droite. De là une pression, des tiraillemens sur la prostate, sur la portion membraneuse du canal, et sous la symphyse des pubis ; de là des accidens nerveux, un accablement, des angoisses parfois mortelles, des contusions, des éraillemens, des infiltrations, des abcès de l'urètre, de la prostate, des bourses et du périnée ; de là des douleurs souvent inouies, assez fortes pour que M. Amussat donne, par inadvertance, comme légères, celles qu'un de ses malades comparait naïvement aux douleurs de l'extraction d'une dent, les plus effrayantes peut-être qu'on puisse supporter ! A M. Lisfranc, qui dit que le passage des urines par la plaie de la taille est aussi douloureux que la lithotritie, je pourrais répondre, en l'imitant : On voit bien que vous n'avez jamais été taillé ; vous sauriez que ces souffrances qui vous faisaient jeter les hauts cris à vous-même, aux approches de chaque séance de broiement, ne se retrouvent plus le lendemain de la lithotomie, qu'alors les malades ne se plaignent tout au plus que de simples cuissons. Mais ce n'est pas tout : de violens accès de fièvre, des urétrites, des orchites, des inflammations articulaires fort dangereuses, la phlébite, l'hémorrhagie, la perforation de la vessie, du rectum, les fistules, sont aussi la suite de cette instrumentation, sans compter que la cystite, l'inflammation des urétères et des reins sont plus communes après la lithotritie qu'après la taille. Ajoutons encore les rétentions d'urine, la péritonite, les instrumens brisés ou qu'on ne peut retirer, les douleurs et les accidens que causent les fragmens qui s'arrêtent trop souvent dans l'urètre, et nous aurons une idée du peu de danger de la lithotritie, cette opération si douce et si débonnaire.

« Je n'invente pas, Messieurs ; tout ceci c'est de la clinique. Je l'ai vu, beaucoup d'autres l'ont vu comme moi ; on le trouve dans la pratique des plus habiles. Si du moins on guérissait avec certitude, mais non ; vous n'êtes presque jamais sûr qu'il n'est rien resté dans la vessie. Ceux qui savent combien il est arrivé de fois de ne pas sentir de gros calculs, comprendront avec quelle facilité un fragment de quelques lignes doit échapper aux recherches les plus attentives. Pour soutenir le contraire, il faut que M. Lisfranc oublie que lui-même a porté son calcul dix-huit mois, sans pouvoir en faire constater l'existence ; à l'appui de ce que dit la raison, s'il fallait des faits, on n'éprouverait que l'embarras du choix ; et M. de Zach, et M. Érard, et M. Genty, et M. Guitton, et le jeune Lambert, et vingt autres ; et cet homme qu'on avait guéri par le broiement deux mois auparavant, et qui vint à l'hôpital Saint-Louis avec vingt onces de calculs dans sa vessie ! Et ceux dont parlent les journaux de Londres, en demandant si un opérateur gagne honnêtement 200 liv. sterl., en mettant quatre pierres au lieu d'une dans la vessie d'un malade. Ce qui abuse le public, c'est que les accidens de la taille sont presque immédiats, assez rapprochés du moins de l'opération, pour qu'on ne puisse pas les en séparer ; tandis que ceux de la lithotritie peuvent n'arriver que par degrés, et à une époque assez éloignée pour que l'opérateur et le malade les croient étrangers à la médication. Témoin ce M. d'Auxi, *dont les oreilles étaient si agréablement frappées par les coups répétés en cadence sur le percuteur* pendant chaque séance, et qui n'en est pas moins mort avant d'être complétement délivré de la pierre. Ce qui trompe enfin, c'est que par la taille on guérit ou on meurt ; tandis que par la lithotritie, on peut ne pas mourir et ne pas guérir ; c'est que la lithotritie laisse dans l'organe un trouble ou des germes de maladie qui s'aggravent avec le temps, et de manière à ce que le plus souvent on puisse, sans y mettre de mauvaise foi, les rapporter à une tout autre cause.

« De semblables malheurs tiennent, dit-on, aux difficultés de l'opération, à la maladresse des opérateurs.—Non pas : j'ose l'affirmer, car je les vois naître, et en assez forte proportion, sous la main des plus exercés. Quant aux difficultés de la lithotritie, si elles étaient aussi grandes que M. Amussat se plaît à le dire, ce serait encore une raison contre elle. Si M. Heurteloup, qui avance que le broiement ne sera jamais une opération vulgaire et banale, qu'elle sera toujours le partage d'un petit nombre d'hommes qui s'en seront spécialement occupés, qu'il y aura des lithotritistes comme il y aura des lithotomistes, n'était pas dans l'erreur aussi, je ne crains pas de le proclamer ici, ce serait une opération à proscrire : à ce titre, vous n'au-

riez jamais de lithotriteurs exercés dans les campagnes, ou même dans les villes de province, et le mal que causeraient les indignes, ferait plus que contrebalancer les succès de la pratique des plus habiles. Les opérations que le plus grand nombre des chirurgiens ne peut pas faire, ne doivent être généralisées que s'il n'en existe pas de plus faciles, sans être beaucoup plus dangereuses et moins sûres.

« Croit-on maintenant, Messieurs, d'après ces détails, qu'il y ait de la cruauté à vouloir soumettre comparativement la taille et la lithotritie aux mêmes essais?

« En faisant la part du broiement, dans mon rapport, j'ai dit qu'il ne devait être accepté qu'à titre de méthode exceptionnelle. Voyons si la discussion est de nature à me faire changer d'opinion. D'abord on accorde que pour les femmes et les enfans la taille vaut mieux. Il en est de même pour les calculs qui dépassent le volume d'une grosse noix. M. Amussat pense que, hors de là, se trouvent plus des deux tiers des malades. C'est en comptant que nous pouvons en avoir la preuve. Tous les relevés que j'ai consultés montrent que les enfans fournissent un tiers des calculeux. M. Civiale ne le conteste pas. Les femmes en donnent quatre sur cent. J'ai trouvé qu'un quart des pierres retirées de la vessie dépassaient douze à quinze lignes de diamètre. Or, prenons mille, ôtons-en trois cent trente-trois enfans, quarante femmes, deux cent cinquante gros calculeux, il restera trois cent soixante-dix-sept; de ce dernier nombre, il faut encore déduire les calculs muraux, ceux qui sont en très grand nombre ou qui ont un corps étranger pour noyau, ceux qui sont enkystés, enchatonnés, adhérens, partiellement engagés dans l'urètre ou dans l'uretère, ceux qui sont accompagnés d'une maladie de la prostate, de la vessie, de l'urètre, ou que portent des individus trop irritables. Est-ce trop d'en prendre sur cette quantité cent cinquante, qui, ajoutés aux autres, feraient plus de sept cent cinquante, que la taille devrait garder; d'où un quart pour la lithotritie? Croyez-vous que les chirurgiens anglais, dont on invoque avec tant de confiance les certificats, soient plus généreux à ce sujet que moi? Écoutez-les: M. Brodie dit un cinquième, M. Liston un sixième tout au plus, M. Key encore moins; ai je donc tort, d'après cela, d'appeler la lithotritie une méthode exceptionnelle? On me répond qu'avertis de bonne heure, les malades ne présenteront plus à l'avenir que de petits calculs; mais il en est de cette assertion comme de la mienne, quand je dis que là-dessus la postérité portera un jugement plus sévère que le mien: attendons et nous verrons.

« J'ai vu naître la lithotritie; à sa naissance, il n'était pas temps de l'attaquer; je l'ai protégée autant qu'il était en moi; j'en ai suivi les progrès et les écarts; j'ai concouru à la répandre par mon *Traité de médecine opératoire*, et maintenant qu'elle me paraît assez forte pour vivre en société, je veux la dégager de ses exagérations. Je me suis dit: La lithotritie qui, en soi, est une bonne chose, a été traitée jusqu'ici en enfant gâté; ses protecteurs en cachent tous les défauts, et en montrent avec trop d'ostentation les qualités; si on la laisse faire, elle ira d'abus en abus, et, soutenue quand même par une sorte de népotisme, elle se perdra, parce que le népotisme ne vaut pas mieux pour les méthodes opératoires que pour les individus. »

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

NOUVELLES.

Concours. — Le concours pour l'agrégation en chirurgie a succédé à celui de médecine et se continue. Les juges de ce concours sont: MM. Cloquet, président; Blandin, secrétaire; Roux, Marjolin, Gerdy et Laugier. Suppléans: MM. Velpeau et Sanson jeune.

Les concurrens sont: MM. Malgaigne, Bois de Loury, Lebandy, Huguier, Lenoir, Loir, Sédillot, Rigolot, Lécorché Colombe, Hipp. Larrey, Delmas, Camus.

— Par suite d'un concours ouvert au Bureau Central, MM. Lenoir et Malgaigne viennent d'être nommés chirurgiens du Bureau Central d'admission aux hôpitaux de Paris.

Sociétés savantes. — La Société de médecine de Lyon, dans sa séance du 16 mai dernier, sur le rapport de la commission pour l'examen des mémoires envoyés au concours sur le *cancer utérin*, a décerné le prix à M. Téallier, D.-M. P.

— La Société de médecine de Toulouse, dans sa séance du 7 mai dernier, sur le rapport de la commission pour l'examen des mémoires envoyés au concours sur l'*asthme*, a décerné le prix à M. Lefèvre, chirurgien-major de la marine, à Rochefort.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance publique annuelle du 7 juillet 1835.

Ordre des lectures. — 1° Nouvelles expériences sur les hémorrhagies traumatiques, par M. Amussat.

2° Notice sur la peste de Moscou en 1771, par M. A. Gérardin.

3° Prix décernés et sujets de prix proposés pour les années 1836 et 1837.

4° Éloge de M. Chaussier, par M. Pariset, secrétaire perpétuel.

Après ces lectures, M. le secrétaire annuel a proclamé les prix décernés pour la vaccine.

1° Ont été mentionnés honorablement, mais mis hors de rang à cause des récompenses précédemment obtenues et des titres accordés par l'Académie: MM. Benoît, à Grenoble; Boisson, à Lure (Haute-Saône); Boucher, à Versailles; Labesque, à Agen; madame Maillot, sage-femme à Vannes.

2° Le prix de 1,500 francs est partagé entre MM. Bonnet, à Coutance; Chailler, à Chevillon (Haute-Marne); Christophe, à Mirecourt (Vosges).

3° Les médailles d'or ont été décernées: 1° à M. Fiard, à Paris, pour ses nombreuses et intéressantes recherches expérimentales, et ses travaux physiques sur la vaccine; 2° pour vaccinations nombreuses à MM. Feitu, à Pontivy

(Morbihan); Rack, à Benfeld (Haut-Rhin); Girard, à Aurec (Haute-Loire).

4° Enfin 100 médailles d'argent aux médecins vaccinateurs des départemens qui se sont distingués par leur zèle pour répandre la vaccine.

Il a ensuite donné lecture des sujets de prix pour les années 1836 et 1837.

Prix de l'Académie. — « Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et les fièvres typhoïdes (1). »

Prix fondé par le baron Portal. — L'Académie remet au concours la question suivante : « Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus (2). »

Prix fondé par Mme Marie-Elisabeth-Antoinette Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune. — (Extrait du testament.) — « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris une rente perpétuelle sur l'état, de la somme annuelle de mille francs, pour fonder un prix annuel qui sera décerné par ladite Académie à l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse (3). »

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1836.

Prix de l'Académie. — « Que doit-on entendre par phthysie laryngée? Quelles en sont les altérations organiques, les causes, les espèces, les terminaisons? Quel en est le traitement (4)? »

Prix fondé par le baron Portal. — « Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours (5)? »

—

ASSEMBLÉE MÉDICALE DE NANTES.

Examen de la syphilis et de son traitement.

La Société de médecine de Nantes, sur la proposition de son président, M. Maréchal, avait demandé par la voie des journaux de médecine aux Sociétés avec lesquelles elle entretient des relations, de lui envoyer des documens sur le traitement de la syphilis.

Dans l'attente des réponses, elle a convoqué tous les médecins de la ville de Nantes pour discuter les questions les plus importantes relatives à la syphilis.

M. Devergie aîné, auteur de la *Clinique de la maladie syphilique*, s'est rendu à Nantes pour prendre part à ces discussions.

Dans la première séance, tenue le 1er juillet, M. Devergie déclare *n'avoir point renoncé entièrement au mercure*, mais en avoir seulement restreint l'usage et précisé les indications.

MM. Leborgne et Guénier, par écrit; MM. Mesnard et Palois, verbalement, s'élèvent contre les idées modernes sur la syphilis.

Dans la deuxième séance, M. Devergie répond aux médecins de Nantes longuement et en détail.

Dans la troisième séance, M. Devergie dépose sur le bureau un tableau statistique, portant un total de 40,000 malades civils et militaires, traités sans mercure avant 1833, à l'appui de sa réfutation de la veille, et donne ensuite d'abondans détails sur le développement spontané de la syphilis.

M. Lamouroux donne connaissance à l'assemblée du résultat des guérisons opérées à l'hôpital militaire de Rennes par la méthode simple, résultats qu'il doit à M. Rapatel.

C'est avec plaisir que nous signalons à l'attention de nos lecteurs l'assemblée médicale de Nantes, et que nous mettrons sous leurs yeux les résultats de ces intéressantes discussions.

—

CHOLÉRA-MORBUS.

Le choléra a envahi la Provence : Toulon, Marseille et Aix comptent déjà un grand nombre de victimes. Draguignan, Hyères, etc., ont offert quelques cas. Le fléau paraît être arrivé, à Toulon, à sa période de décroissance. Nous avons à déplorer dans cette épidémie la perte de plusieurs de nos confrères, et en particulier celle de M. Fleury, médecin en chef de la marine de Toulon, qui a fait son service avec son courage et son dévouement ordinaires le jour même de sa mort.

Le ministre de la guerre a envoyé à Toulon M. le baron Larrey; le ministre de l'intérieur à Aix le docteur Vidal (de Cassis), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; le ministre du commerce à Aix le docteur Beaufort. M. Goyrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix, qui avait été envoyé à Paris par l'administration de cet hôpital pour étudier la lithotritie, est parti à la première nouvelle de l'invasion du choléra.

—

CHAIRE DE DUPUYTREN.

Le *Moniteur* du 22 juillet contient un rapport de M. le ministre de l'instruction publique et une ordonnance du Roi, qui, en exécution des dispositions testamentaires faites par Dupuytren, instituent dans la Faculté de médecine de Paris une *chaire d'anatomie pathologique*.

(1) Le prix, étant doublé, sera de 2,000 fr. Il sera décerné dans la séance publique de 1837.

(2) Le prix, étant doublé, sera de 1,200 fr. Il sera décerné dans la séance publique de 1837.

Les mémoires, envoyés au concours dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1837.

(3) Le prix sera décerné dans la séance publique de 1836.

(4) Le prix, étant doublé, sera de 2,000 fr.

(5) Le prix, étant doublé, sera de 1,200 fr.

Les mémoires, envoyés au concours dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1836.

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° III. — SEPTEMBRE 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

1. ESSAI SUR LES ÉPISPASTIQUES.

La nature offre à l'observateur un grand nombre de substances qui, appliquées sur nos tégumens, y déterminent de la douleur, de la chaleur et une rougeur plus ou moins vive, suivie le plus souvent du détachement de l'épiderme soulevé par un amas de sérosité exhalée; ces substances ont reçu le nom d'épispastiques (de ἐπισπαω, *j'attire au dehors*), et le mode inflammatoire auquel elles donnent naissance a reçu celui de rubéfaction et de vésication.

Épispastiques animaux. — Bien qu'on fasse usage en médecine, depuis fort long-temps, de la cantharide officinale, la découverte du principe auquel on doit attribuer les singuliers effets de cet insecte est toute moderne.

Olaüs Borrichius, professeur danois, qui vivait au milieu du dix-septième siècle, tenta la découverte du principe actif des cantharides; mais l'action du feu, qu'il employa comme principal agent chimique, ne lui faisant obtenir que de l'huile, du charbon et des sels volatils, il pensa que l'irritation produite sur la peau par ces insectes était due aux poils qui couvrent leur corps, et que le microscope lui avait fait découvrir (1).

Antoine Leuwenhoeck, *Lemery*, *Baglivi*, *Spielmann*, et quelques autres, s'occupèrent de ce sujet, sans arriver à des résultats plus heureux.

C'est à *Thouvenel* (2) qu'on doit les premières recherches dignes de quelque attention; une once de cantharides sèches lui donna à peu près :

1° Quatre gros de parenchyme sur la nature duquel il ne se prononce pas;

2° Trois gros de matière extractive, fournissant par la distillation un flegme légèrement acide, puis un sel volatil concret;

3° Douze grains de matière jaune, qu'il compare à cette matière non élaborée que les abeilles récoltent sur les fleurs;

4° Enfin, soixante grains de matière verte, grasse, qu'il considère comme une sorte de cire demi-fluide; il lui attribue la vertu caustique et l'odeur singulière et pénétrante que répandent les cantharides.

(1) Acta Hafniensia, vol. IV, page 186.

(2) Mémoire médico-chimique sur les vertus et les principes des substances animales médicamenteuses, qui a remporté le prix en 1778, au jugement de l'Académie royale des sciences de Bordeaux, par M. *Thouvenel*, docteur en médecine de Montpellier.

Dans une dissertation sur les vertus et les principes des cantharides, présentée et soutenue à l'Ecole de médecine de Paris, le 15 fructidor an XI (1803), M. *Beaupoil* de Châtellerault reprit le travail de *Thouvenel*, et poussa bien plus loin que lui l'analyse chimique des cantharides.

Il trouva :

1° Un parenchyme insoluble dans l'éther ou l'alcool, et composé pour la plus grande partie de matière animale et de phosphate de chaux; le sulfate, le muriate, le carbonate de chaux et l'oxide de fer, n'y étant qu'en très petite quantité;

2° Une matière extractive noire, soluble dans l'eau;

3° Une matière jaune, soluble dans l'eau, et séparée de la matière extractive noire à l'aide de l'alcool;

4° Une matière grasse, de couleur verte, et ne pouvant être obtenue qu'à l'aide de l'éther ou de l'alcool;

5° Enfin, un acide dont la nature lui est inconnue.

Mais cette analyse laissait encore beaucoup à désirer. Le 4 avril 1810, M. *Robiquet* communiqua à la Société médicale d'émulation de Paris un mémoire (1) qui avait pour objet la recherche du principe actif des cantharides; ce travail eut d'importans résultats. M. *Robiquet* trouva dans les cantharides :

1° Une huile verte insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, non vésicante;

2° Une matière noire, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, non vésicante;

3° Une matière jaune, soluble dans l'eau et l'alcool, non vésicante;

4° Un principe huileux volatil et vésicant (2), auquel est due l'odeur pénétrante que répand la cantharide officinale;

5° La *cantharidine*, principe actif des cantharides, substance blanche en lames cristallines, soluble dans l'eau quand elle est mêlée à la matière jaune, insoluble quand elle est pure, soluble dans l'alcool bouillant, dont elle se précipite par le refroidissement, très soluble dans l'huile;

6° De l'acide acétique libre;

(1) Annales de chimie et de physique, t. LXXVI, p. 302 (1810).

(2) L'action vésicante du principe volatil huileux me paraît contestable : je soupçonne que quelque incident aura fortuitement conduit à ce résultat. De l'alcool distillé sur des cantharides ne s'est pas trouvé vésicant.

7° De l'acide urique dans les cantharides fraîches ;

8° Enfin, des phosphates de chaux et de magnésie.

Le principe actif des cantharides une fois bien isolé, bien étudié, il devint facile de rechercher si d'autres insectes que la *cantharis vesicatoria* jouissaient de propriétés épispastiques. M. *Bretonneau* a essayé de constater si plusieurs autres insectes n'étaient pas vésicans ; il présenta, il y a quelques années, à l'Académie des Sciences de Paris un mémoire sur ce sujet ; dans cet opuscule, il affirme que plusieurs genres de la famille des *trachélides*, très rapprochées du genre *cantharis* (*cantharis*, Geoffroy, Olivier; — *meloe*, Linné ; — *lytta*, Fabricius) renferment des espèces épispastiques.

Lors de ses recherches sur l'inflammation du tissu muqueux, le médecin de Tours avait reconnu que la surface interne des lèvres des jeunes chiens était si susceptible d'éprouver les effets du principe vésicant, qu'il suffisait de tenir pendant quatre ou cinq minutes un liquide oléagineux chargé de la moindre partie de *cantharidine* en contact avec cette surface muqueuse pour que son épithélium fût, en moins d'un quart d'heure, détaché dans toute l'étendue de l'application, et pour que la surface dénudée se recouvrît d'une exsudation pseudo-membraneuse blanchâtre, toute semblable à celle que ferait naître l'inflammation *diphthéritique*.

Les surfaces muqueuses revêtues d'un épithélium très ténu étant douées d'une telle aptitude à éprouver l'effet des plus petites quantités de *cantharidine*, la présence de cette substance devenait facile à constater. Pour s'assurer des propriétés épispastiques d'un insecte quelconque, il suffisait d'isoler la *cantharidine*, de la dissoudre dans l'huile et de l'appliquer à la surface interne des lèvres d'un jeune animal. Or, voici le procédé expéditif dont s'est servi M. *Bretonneau* : l'insecte qu'on veut essayer est pulvérisé, mis dans un tube fermé à l'une de ses extrémités, et traité par l'éther bouillant ; lorsque la plus grande partie de l'éther s'est volatilisée, le reste du liquide obtenu par expression est versé sur une plaque de verre ; il s'évapore et laisse sur la plaque une couche graisseuse plus ou moins large, plus ou moins épaisse, formée par une substance adipeuse, qui se trouve plus ou moins abondamment dans tous les insectes ; alors cette matière graisseuse, délayée avec un peu d'huile, est étendue à la surface interne de la lèvre d'un jeune animal, au moyen d'une onction très légère continuée pendant cinq minutes.

En usant de ce procédé, M. *Bretonneau* trouva que les *cérocomes* (Geoffroy, Schœffer, Fabricius), les *mylabres* (Fabricius, Olivier ; Latreille) et les *méloés* (Linné, Fabricius), étaient vésicans.

Une espèce du genre mylabre, le *mylabris variabilis* (Dejean), très répandue dans le midi de la France, et que l'on rencontre déjà fort abondamment en Touraine, a été surtout très soigneusement étudiée par lui ; et la *cantharidine* qu'il annonça dans cet insecte y fut depuis chimiquement retrouvée par M. *Robiquet*.

M. *Farines*, pharmacien à Perpignan, et entomologiste distingué, fit aussi des recherches fort curieuses sur les insectes vésicans ; il annonça qu'une espèce de mylabre du midi de la France, le *mylabris cyanescens* (Illig.), était douée de propriétés épispastiques plus énergiques encore que celles du *mylabris variabilis*.

Depuis on a retrouvé la *cantharidine* dans la *cantharis vittata* (Fabricius), insecte des États-Unis, servant aux mêmes usages que notre cantharide vésicatoire.

Il était important de constater si la dernière tribu des *trachélides*, celle des *cantharidies*, avait seule le privilége de renfermer des insectes doués de propriétés épispastiques. M. *Bretonneau* fit de très nombreuses recherches sur ce sujet ; et, passant en revue les différentes familles de la section des *hétéromères*, il trouva :

1° Que la dernière tribu des *trachélides* renfermait seule des insectes vésicans ;

2° Que tous les insectes de cette tribu n'étaient pas vésicans. Il constata en effet que le *sitaris humeralis* n'était point épispastique. Voici ce qu'il dit à cet égard dans le mémoire précité :

« J'ai reconnu qu'un insecte que *Geoffroy* a « désigné sous le nom de cantharide à bandes « jaunes, et que M. *Latreille* a depuis placé « dans le genre *sitaris*, très rapproché du genre « *lytta*, ne donnait aucun indice de propriétés « vésicantes ; il est remarquable que cette pro- « priété ne se retrouve plus dans le *sitaris hu- « meralis*, qui, par son port et ses caractères « habituels, est très rapproché du *lytta vesi- « catoria*. »

Et quelques lignes plus loin : « J'ai trouvé « également inertes et le *cucullus monoceros* « (Latreille), compris dans le genre *meloe* de « Linné, et les espèces ci-dessous indiquées, « qui appartiennent à divers genres de la famille « des trachélides :

Œdemera cærulea ;
Lagria hirta ;
Helops lanipes ;
Mordella aculeata ;
Cistela lepturoides.

« Il en a été de même du *diapère de Bolet*, qui « fait partie d'une autre tribu de la section des « hétéromères. »

Non content de ces résultats, l'observateur que je viens de citer continua ses recherches, et passa en revue les grandes divisions de l'ordre des *coléoptères*, qu'il n'avait point encore abordées. « J'ai également acquis la certitude, « dit-il, que beaucoup d'autres coléoptères, de « familles et de genres très éloignés des can- « tharides, étaient entièrement dépourvus de « propriétés épispastiques. Je me bornerai à « citer les espèces que pendant la belle saison « on trouve plus abondamment répandues, « telles que :

Cicindela campestris ;
Brachinus fulminans ;
Calosoma sycophanta ;
Carabus auratus ;
Telephorus fuscus ;
Malachius bipustulatus ;
Chrysomela populi.

Trois genres de la tribu des cantharidies renferment des espèces vésicantes; je pensai qu'il serait de quelque intérêt de constater si tous les genres de cette tribu et si toutes les espèces de chaque genre jouissaient des mêmes propriétés,

En expérimentant par le procédé de M. *Bretonneau*, je trouvai que neuf genres de la tribu des cantharidies renfermaient des espèces vésicantes.

Ce sont les genres :

CEROCOMA. (Geoffroy, Schœffer, Fabricius.)

DICES. (*Dices*, Dejean.—*Hycleus*, Latreille. — *Mylabris*, Olivier.)

MYLABRIS. (*Mylabris*, Fabricius, Olivier, Latreille.)

DECATOMA. (*Decatoma*, Dejean. — *Mylabris*, Fabricius.)

LYDUS. (*Lydus*, Megerle; Dejean, Catalogue de sa collection de Coléoptères.)

ŒNAS. (*OEnas*, Latreille, Olivier. — *Meloe*, Linné. — *Lytta*, Fabricius.)

MELOE. (*Meloe*, Linné, Fabricius.)

TETRAONYX. (*Tetraonyx*, Latreille. —*Apalus*, Fabricius. — *Lytta*, Klüg.)

CANTHARIS. (*Cantharis*, Geoffroy, Olivier. — *Meloe*, Linné. — *Lytta*, Fabricius.)

J'ai constamment trouvé inertes les genres *zonitis* (*zonitis*, Fabricius; — *apalus*, Olivier); *nemognatha* (*nemognatha*, Latreille; — *zonitis*, Fabricius); *sitaris* (*sitaris*, Latreille; — *apalus*, Fabricius), placé par M. Latreille (1) à la suite des précédens. Le seul genre *gnathium* (Kirby), extrêmement rare dans les collections entomologiques de Paris, n'a point été essayé.

J'expérimentai d'abord sur les cantharides et sur les mylabres, insectes connus des Anciens, comme le prouvent les passages suivans de *Pline* (2) et de *Dioscoride* (3).

Dans l'insecte auquel ils attribuent des propriétés plus actives, qui est onctueux, épais, et dont les ailes sont marquées de lignes jaunes transversales, les naturalistes modernes ont généralement reconnu le *mylabris chicorii*, insecte qui, d'après M. *Guérin* (Dict. classique d'histoire naturelle, t. XI, p. 362), remplace la cantharide en Orient, en Grèce, en Italie, et surtout à Naples.

Plusieurs espèces de cantharides furent essayées, et toutes furent trouvées vésicantes. Je repris les expériences de M. *Bretonneau* sur le *mylabris variabilis* (Dejean), espèce singulièrement rapprochée du *mylabris chicorii* (Fabricius, Oliv., col., III, 47, 1, A, E); et, comme il l'avait annoncé déjà, je le trouvai doué de propriétés épispastiques fort énergiques.

Plusieurs autres mylabres furent essayés encore, et ce ne fut pas sans étonnement que je vis le principe actif manquer entièrement dans quelques uns, dans le *mylabris pustulata* (*mylabris pustulata*, Olivier; *mylabris sidæ*, Fabricius), surtout, insecte qui, d'après M. *Guérin* (Dict. class. d'hist. nat., t. XI, p. 362), s'emploie comme vésicant à la Chine, et de là est exporté à Rio-Janeiro.

Pensant que le *mylabris pustulata* pourrait devoir ses propriétés à un autre principe qu'à la cantharidine, cet insecte, réduit en poudre, a été appliqué sous forme de vésicatoire ordinaire, et l'application maintenue pendant plus de vingt-quatre heures sans qu'aucun effet ait été produit.

Le genre *mylabris* ne m'offrit pas seul cette particularité; les genres *tetraonyx*, *OEnas*, présentent aussi des espèces qui ne doivent pas contenir de *cantharidine*.

Voici un tableau des recherches que j'ai faites sur la tribu des *cantharidies*; les insectes épispastiques sont marqués du signe +; les non vésicans, du signe —.

(1) Règne animal de *Cuvier*, t. V, p. 67.

(2) . . . . . Salamandris cantharidas diximus resistere. (*Caii Plinii* Natur. historia, lib. XXIX, p. 223, § V; *Gabriel Brotier* recensuit. Paris, Barbou, 1779.)

XXX. Sed in iis magna quæstio, quoniam ipsæ venena sunt potæ, vesicæ cum cruciatu præcipuò. Cossinum, equitem Romanum, amicitiâ Neronis principis notum, cùm is lichene correptus esset, vocatus ex Ægypto medicus ob hanc valetudinem ejus à Cæsare, cùm cantharidum potum præparare voluisset, interemit. Verùm illitas prodesse non dubium est, cum succo taminiæ uvæ et sevo ovis vel capræ: ipsarum cantharidum venenum in quâ parte sit, non constat inter auctores. Alii in pedibus, alii in pedibus et capite existimant esse, alii negant; convenit tantùm pennas earum auxiliari, in quâcumque parte sit venenum. Ipsæ nascuntur ex vermiculo, in spongiâ maximè cynorrhodi quæ fit in caule, sed fecundissimè in fraxino; cæteræ in albâ rosâ minùs efficaces.

Potentissimæ inter omnes variæ, luteis lineis quas in pennis transversas habent multùm pingues. Inertiores minutæ, latæ, pilosæ; inutilissimæ verò, unius coloris macræque. Conduntur in calice fictili non picato et luteo colligato, congestæ rosâ maturâ, et suspenduntur super acetum cum sale fervens, donec per linteolum vaporentur, posteà reponuntur. Vis earum adurere corpus, crustas obducere. Eadem pityocampis in piceâ nascentibus; eadem bupresti; similiterque præparantur. Efficacissimæ omnes ad lepras lichenesque; dicuntur et menses ciere et urinam, ideò *Hippocrates* et hydropicis dabat.

(3) Cantharides quæ in frumentis leguntur ad recondendum idoneæ sunt. Eas in vas non picatum immittito, ac ipsius osculum raro puroque linteo obligatum circumvertito, ad vaporem ferventis aceti quàm acerrimi tandemque inversum fictile contineto donec illa suffocentur, tandemque lino transfixas reponito. Porrò efficacissimæ sunt quæ variæ visentur luteasque habent in pennis transversas lineas, quæque oblongæ sunt corpore, crassæ et blattarum modo præpingues, sed inefficaces et imbecillæ quæ unius sunt coloris.

(*De cantharidibus*, lib. II, cap. LXV.)

GENRES.	ESPÈCES.	ÉPISPASTIQUES.	NON ÉPISPASTIQUES.
Cerocoma.	Schœfferi (Olivier, Coll. III, 48. 1, 1. — Meloe Schœfferi, Linné.)	+	
Dices.	Bilbergii (Schœnherr).	+	
	Argus (Mylabris argus, Olivier).	+	
Decatoma.	Lunata (Fabricius).	+	
Mylabris.	Variabilis (Dejean).	+	
	Octopunctata (Encyclopédie).	+	
	Pustulata (Olivier).		—
	Flexuosa (Olivier).		—
	Bifasciata (Bilberg).		—
	Maroccana (Dejean).		—
Lydus.	Flavipennis (Dejean).	+	
	Algiricus (Fabricius).	+	
Œnas.	Segetum (Lytta segetum).	+	
	Syriacus (Dupont).	+	
	Festivus (Dupont).		—
Meloe.	Proscarabæus (Latreille).	+	
	Gallica (Dejean).	+	
	Majalis (Olivier).	+	
Tetraonyx.	Sexguttata (Dejean).		—
	Tigridipennis (Dej. — Signatipennis, Dup.).	+	
	4 lineata (Dejean).	+	
Cantharis.	Vesicatoria (Fabricius).	+	
	Vittata (Fabr.).	+	
	Gigas (Fabr.).	+	
	Sulcata (Dejean).	+	
	Hirtipes (Dupont).	+	
	Verticalis (Illiger).	+	
	Servilii (Dupont).	+	
	Fucata (Dejean).	+	
Zonitis.	Præusta (Latreille).		—
	Nigricornis (Dejean).		—
Nemognata.	Chrysomelina (Illiger).		—
Sitaris.	Humeralis (Latreille. — Necydalis humeralis, Fabricius.)		—

Plusieurs genres des différentes familles qui composent la section des hétéromères, le genre *horia* (Fabricius) surtout, ont été essayés avec soin : je les ai toujours trouvés dépourvus d'action.

Certains insectes carnassiers, tels que les *brachines*, les *aptines*, etc., lancent par l'anus un liquide caustique qui, selon M. *Latreille* (1), produit sur la peau une tache analogue à celle qu'y ferait naître l'acide nitrique; j'ai pu facilement étudier l'action de ce liquide : dans un voyage que je fis aux Pyrénées orientales, en 1833, je rencontrai au pied du fort de Bellegarde, près du Boulou, sur la frontière d'Espagne, une colonie, si je puis m'exprimer ainsi, d'*aptinus ballista* (Dejean; — *brachinus displosor*, Dufour). Cet insecte vit en société; il habite sous les pierres, et, comme ses congénères, il lance avec explosion une liqueur singulièrement caustique. La sensation produite sur la main par ce liquide est celle d'un fer brûlant appliqué à la peau; et plusieurs fois je

(1) Règne animal de *Cuvier*, t. V, p. 59.

fus obligé de rejeter l'insecte que j'avais saisi, tant la douleur était vive; mais l'épiderme, au lieu de présenter la teinte que fait naître l'action de l'acide nitrique, fut noirci constamment, comme si je me fusse cantérisé avec une solution de nitrate d'argent, et il ne se détacha que plusieurs jours après : je n'observai ni rubéfaction, ni vésication. Essayé par le procédé indiqué, cet insecte ne produit aucun effet sur les surfaces muqueuses recouvertes d'épithélium.

D'après l'invitation de M. le professeur *Audoin*, qui a bien voulu mettre à ma disposition l'immense collection du Muséum, j'ai soigneusement expérimenté sur le *vesperus solieri*, l'un des longicornes les plus singuliers; je l'ai trouvé tout à fait inerte.

M. *Hippolyte Cloquet*, à l'article *Insecte* du Dictionnaire des sciences médicales, rapporte, sur le témoignage de M. *Drury*, que plusieurs personnes ont tenté de remplacer par d'autres insectes les cantharides, qui sont très rares en Angleterre, et que M. *Guy*, chirurgien distingué, a trouvé qu'aucun n'était plus propre à cet objet que le capricorne vert à odeur de rose (*cerambix moschatus*, Fabricius).

L'analogie de couleur, qui donna sans doute l'idée de cette substitution, a fait beaucoup trop présumer des propriétés vésicantes de cet insecte, comme l'avait observé déjà M. *Bretonneau*; je l'ai trouvé sans action. J'en puis dire autant du *cetonia aurata* (Latreille); et c'est probablement, comme l'a soupçonné M. Latreille (Mémoires du muséum d'hist. nat.), parmi nos méloés qu'il faut chercher les buprestes des Anciens, insectes auxquels ils attribuaient des effets très pernicieux, et qui, suivant eux, faisaient périr les bœufs, lorsqu'ils les mangeaient avec l'herbe.

Plusieurs naturalistes, M. *Latreille* (1) entre autres, pensent que le principe actif des insectes vésicans réside dans les élytres. M. *Bretonneau* s'est assuré qu'il n'en était point ainsi. On doit à M. *Farines* plusieurs expériences à ce sujet. Les élytres, les ailes membraneuses, les antennes et les jambes du *cantharis vesicatoria*, pulvérisées, et appliquées sous forme d'emplâtre sur l'avant-bras, n'ont produit aucune vésication, quoique l'appareil n'ait été levé que trente heures après l'application.

Ces expériences répétées sur une femme et sur un enfant de cinq ans ont donné le même résultat.

M. *Farines* s'est assuré que l'intérieur de l'abdomen et du thorax seuls sont épispastiques.

L'action de l'air, celle du temps, ne semblent point affaiblir le principe actif des insectes vésicans : diverses espèces de mylabres, provenant de la collection du célèbre *Haüy*, et récoltées depuis plus de quarante ans, ont été essayées par M. *Bretonneau*, et trouvées fort vésicantes.

Je crois pouvoir conclure de ce qui précède,

1° Que, de tous les coléoptères, la tribu des cantharidies seule renferme des insectes épispastiques;

2° Que tous les insectes de cette tribu ne sont point épispastiques;

3° Que toutes les espèces du même genre ne sont point vésicantes;

4° Que tous les coléoptères vésicans agissent par un principe qui est le même, la cantharidine;

5° Qu'il est probable que le principe actif est sécrété dans un appareil particulier;

6° Que ce principe ne se détruit pas par l'action de l'air et par celle du temps.

Le *Journal of the academy of natural science of Philadelphia*, n° 2, 1821, contient, page 53, la description d'une araignée (*spider*) qu'on emploie, en diverses contrées des États-Unis, en guise de cantharides : cette araignée fait partie du genre *tegenaria* (Walcknaër); elle est décrite dans le journal cité, et figurée planche V, sous le nom de *tegenaria medicinalis*, par *Hentz*.

Ne pouvant me procurer la tégénaire médicinale, j'ai cherché la cantharidine dans une espèce fort commune de ce genre, la *tegenaria domestica*; je ne l'y ai point trouvée.

J'ai de même constamment trouvé dépourvues de propriétés épispastiques plusieurs espèces propres à la France, appartenant aux genres suivans de la classe des arachnides : *segestria* (Latreille), *epeira* (Walcknaër), *philodromus* (Walcknaër), *thomisus* (Walcknaër), *lycosa* (Latreille), *salticus* (*salticus*, Latreille; — *attus*, Walcknaër), *phalangium* (Linné, Fabricius).

Les règnes végétal et minéral renferment un grand nombre d'agens épispastiques; pour en étudier l'histoire, il faudrait beaucoup de persévérance et de temps : aussi n'ai-je point la prétention de traiter ici ce sujet spécialement et dans toute son étendue. Je rapporterai seulement quelques expériences que j'ai faites sur les principaux de ces agens dans le but d'étudier leur manière d'agir sur nos tégumens.

Parmi ces agens, les uns, appliqués sur la peau, même pendant un temps assez long, ne parviennent à y faire naître le plus souvent que de la rubéfaction; tels sont : quelques crucifères, l'huile volatile de moutarde, quelques liliacées, la rue, la pyrèthre, la plupart des labiées, le suc laiteux de quelques ficus, etc., etc.; les acides végétaux, les acides minéraux affaiblis, le chlore et l'iode dissous dans l'eau, etc.

Les autres produisent le plus souvent la vésication, ou du moins une ulcération superficielle précédée du développement de très petites vésicules; quelques uns, comme la potasse, la soude, le beurre d'antimoine, le chlorure de zinc, les acides minéraux concentrés, etc., etc., agissent avec une violence extrême, désorganisent, détruisent les tissus sur lesquels on les applique : aussi a-t-on placé ces derniers agens dans une classe séparée sous le nom de médicamens caustiques, quoique à quelques égards, et en restreignant leur action, ils puissent faire partie des épispastiques.

Epispastiques végétaux agissant par un principe volatil. — L'action des renonculacées sur la peau, celle surtout des espèces qui composent les genres *clematis*, Linné; *anemone*, L.; *ranunculus*, L., est bien connue : elle est fort remarquable; comme celle de la moutarde, elle s'exerce profondément, en même temps qu'elle détermine assez rarement le soulèvement de l'é-

(1) Règne animal de *Cuvier*, t. IV, p. 368.

piderme. L'inflammation qu'elle suscite s'étend à toute l'épaisseur de la peau et au delà.

Au mois de mai 1815, une jeune fille qui avait été reçue depuis quelques jours à l'hôpital général de Tours, et qui voulait y prolonger son séjour, eut recours à une application de feuilles contuses de *ranunculus acris*. Le lendemain elle se plaignit d'un érysipèle qui lui était survenu à la partie moyenne de la jambe droite. L'absence de la fièvre, l'apparition soudaine de l'érysipèle, l'intensité de la tuméfaction et de la rougeur de la peau, et surtout la démarcation brusque et anguleuse de cette rougeur, révélèrent de prime abord une supercherie au professeur de clinique : à l'aide d'une loupe, des débris de fibre végétale furent découverts encore adhérens à la peau ; on fit sans peine avouer à la jeune fille que sans doute, pour remédier à une douleur, elle avait eu recours à quelque topique ; et on apprit alors qu'en effet, dans cet espoir et par les conseils d'un jardinier, elle avait tenu appliquées sur sa jambe pendant quelques heures les feuilles contuses de la variété à fleur double de la renoncule âcre, vulgairement connue sous le nom de bouton d'or. Deux jours plus tard, l'épiderme était à peine soulevé çà et là par de petites vésicules ; cependant une couche mince du derme se mortifia, et plus d'un mois s'écoula avant que l'ulcération qui succéda à cette lésion superficielle pût être cicatrisée.

Un érythème diffus, douloureux, et qui subsista assez long-temps, survint à la jambe gauche ; il occupait la surface de la jambe dans l'étendue où elle était restée exposée à la vapeur qui s'exhalait de l'épithème, sans que le suc de la plante l'eût touchée.

Ces végétaux doivent leurs propriétés vésicantes à une huile volatile âcre, qui s'obtient difficilement par la distillation : peut-être, comme pour l'huile volatile de moutarde et pour l'huile volatile de laurier cerise, faudrait-il recourir à des distillations successives, employant à chaque distillation la même eau, qui à la fin, sursaturée du principe volatil, le laisserait isolé, et permettrait de le recueillir. Vingt livres de *clematis vitalba* (Linné) soumises à la distillation par M. *Pilet*, pharmacien distingué à Tours, n'ont produit qu'un liquide inodore et dépourvu de saveur.

Les *ranunculus acris et flammula*. L., ont donné le même résultat.

Je me suis assuré que dans le *clematis vitalba*, L., le principe volatil âcre est contenu dans les parties du liber, qui sont en contact avec l'aubier.

Les renoncules et le *clematis vitalba*, L., ne produisent pas toujours sur nos tégumens l'effet énergique qu'ordinairement on peut en attendre.

Le 3 septembre 1834, dans le service de M. *Bretonneau*, à l'hôpital général de Tours, j'ai vu, salle n° 12, un épithème soigneusement fait avec des fleurs et des feuilles récemment pilées de *clematis vitalba*, L., rester appliqué pendant vingt-quatre heures sur le bras d'un malade affecté de catarrhe chronique sans produire aucun effet.

Le principe volatil âcre des renonculacées irrite la pituitaire, excite le larmoiement, et présente une grande analogie avec celui de quelques liliacées et des crucifères, notamment avec celui du raifort.

Une analyse de ce principe actif est encore à faire ; je ne serais pas étonné qu'il dût en grande partie son action à de l'ammoniaque fabriquée par ces plantes ; au moins est-il certain que, par une proportion convenable d'acide acétique, le principe actif de la moutarde est complétement neutralisé.

Les sinapismes sont si souvent usités, que l'action d'aucun rubéfiant n'eût pu être plus facilement étudiée, si, pour préparer ces épithèmes, on ne délayait ordinairement la poudre de moutarde avec le vinaigre, méthode défectueuse, et qui ne laisse au mélange d'autre activité que celle qui résulte de la predominance d'énergie de l'un des deux composans.

Ces faits, connus depuis long-temps à l'hôpital de Tours, où on n'emploie que des sinapismes préparés à l'eau, ont été authentiquement constatés par une nombreuse série d'expériences faites avec le plus grand soin par le docteur *Trousseau*.

En assimilant le principe âcre des crucifères à celui des renonculacées, je l'ai supposé tel qu'il se manifeste au moment du mélange de l'eau pure et de la farine des graines du *sinapis nigra ;* l'huile volatile de moutarde, obtenue par une distillation convenable, l'offre isolé et doué de sa plus grande énergie.

Epispastiques végétaux agissant par un principe fixe. — Le genre *daphne*, L., de la famille des thymélées, renferme plusieurs espèces qui, appliquées sur nos tégumens, y font naître une sorte de vésication. Après une application prolongée de l'écorce du *daphne gnidium*, L., on voit s'élever de très petites vésicules ; et en continuant cette application, en la renouvelant souvent on obtient l'ulcération superficielle que l'on appelle un sain-bois, en confondant la cause et l'effet.

Quelques expériences ont été faites dans le but de déterminer le degré d'action du garou, d'isoler et de concentrer son principe actif.

Des extraits aqueux, alcoolique et éthérique de *daphne gnidium*, obtenus en traitant xij ℥, viij ℥, iv ℥ d'écorce de garou par l'eau, l'alcool et l'éther, furent préparés avec le plus grand soin par M. *Pilet*.

Un épithème fait avec chacun de ces extraits fut appliqué pendant vingt-quatre heures sur l'avant-bras de trois malades : l'extrait éthérique seul produisit une incomplète vésication. Il se développa un grand nombre de petites vésicules remplies d'une sérosité trouble sur la partie qu'avait recouverte l'épithème fait avec cet extrait. Une simple rubéfaction fut obtenue avec l'extrait alcoolique ; l'extrait aqueux resta sans effet.

Le garou paraît devoir ses propriétés à la *daphnine*, substance blanche, cristalline, fusible, volatile, soluble dans l'eau, d'une saveur nulle d'abord, mais qui se développe peu à peu et devient très âcre.

L'extrait éthérique de *daphne gnidium*, étant plus actif que les autres, présentait par cela même quelque analogie avec l'extrait éthérique de cantharides. Une pommade fut préparée avec l'extrait éthérique de garou : je frottai pendant

au moins dix minutes la surface interne des lèvres d'un jeune chevreau avec cette pommade ; aucun effet ne fut produit ; il en a été de même avec cet extrait traité par l'huile.

Comme dans le *clematis vitalba*, la partie active du *daphne gnidium* est située dans le liber

On lit dans plusieurs traités de matière médicale que le suc laiteux des euphorbiacées, et notamment que celui de l'*euphorbia lathyris*, L., appliqué sur la peau, la rubéfie, et même y détermine une vésication. J'ai laissé dessécher bien des fois plusieurs gouttes de ce suc à la face antérieure de mon bras sans que le moindre effet fût produit. Cependant une goutte de ce lait, appliquée à la surface interne de l'oreille d'un chien, a fait naître assez promptement de la rougeur et de la tuméfaction ; douze heures après l'application, la partie tuméfiée était recouverte d'un grand nombre de petites vésicules remplies d'une sérosité trouble.

Le même liquide, appliqué sur la conjonctive d'un lapin, ne produit aucun effet appréciable, aucune rubéfaction ; j'ai répété une multitude de fois cette expérience : le même résultat a toujours été obtenu,

On prétend que le suc laiteux du *chelidonium majus*, L., est vésicant. Je n'ai jamais pu reconnaître en lui cette propriété ; il est vrai, toutefois, qu'appliqué sur la langue ce liquide produit une sensation vive et piquante, suivie d'une légère rougeur.

Les épispastiques ont une spécialité d'action qui n'est point en rapport avec leurs propriétés physiques, et leur degré d'activité ne peut souvent être pressenti : ainsi, la cantharidine est inodore, insipide, insoluble dans l'eau ; ainsi, au contraire, la racine de l'*arum maculatum*, L, dénudée de son épiderme et appliquée sur la pointe de la langue, donne la sensation que produiraient de fines aiguilles qui traverseraient cet organe ; et cependant elle y fait naître à peine de la rougeur. La surface interne des lèvres d'un jeune animal, frottée pendant un temps assez long avec cette même racine, présente à peine de la rubéfaction.

De même encore l'huile volatile de *piment*, appliquée sur la langue, produit la douleur la plus vive et la plus permanente sans rougeur, sans tuméfaction, en un mot sans autre condition d'un mode inflammatoire quelconque.

M. *Bretonneau* a découvert le premier que l'huile volatile du *piment* est renfermée dans de petites vésicules, et située dans un espace déterminé du péricarpe.

Le fruit du *capsicum annuum*, L., est une baie conique à deux loges souvent incomplètes ; l'huile volatile, ou partie active du piment, est contenue dans de petites vésicules, situées seulement à la surface de chaque cloison. En vain on chercherait ailleurs d'autres vésicules renfermant un atome du principe actif ; le placenta de chaque graine n'en présente déjà plus. L'espace assez considérable qui sépare les cloisons est rempli par des vésicules, développées à la surface interne du sarcocape ; ces vésicules, qui d'abord renferment de l'eau, finissent par ne plus contenir que de l'air lorsque le fruit vient à se dessécher.

M. *Decaisne*, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, a bien voulu examiner au microscope les vésicules aqueuses et celles qui renferment le principe actif ; il les a trouvées anatomiquement semblables.

Il est remarquable que l'abondance de l'huile volatile du piment est en raison inverse du développement du fruit.

Le *capsicum frutescens*, L., porte de très petites baies qui sont douées d'une extrême énergie ; une variété du *capsicum annuum*, L., connue sous le nom de piment enragé, produit des fruits beaucoup plus petits que ceux du *capsicum annuum*, et cependant d'une activité bien plus marquée ; enfin, la culture du *capsicum annuum*, L., a fait obtenir une variété dont le fruit, développé outre mesure, a perdu presque toute sa saveur piquante ; et cette variété, connue sous le nom de piment doux, est fort usitée comme aliment dans toute l'Europe méridionale.

Parmi les végétaux épispastiques qui doivent leurs propriétés actives à un principe fixe, il en est peu dont les effets soient plus énergiques, et toutefois moins uniformes, que ceux du *rhus toxicodendron*, L. Quelques personnes peuvent impunément laisser en contact avec leur épiderme le suc laiteux que renferme ce végétal. MM. Riché et Pepin, jardiniers en chef au Muséum d'histoire naturelle de Paris, ont pu bien souvent froisser, briser entre leurs mains les feuilles du *rhus toxicodendron* sans qu'aucun effet fâcheux en soit résulté ; tandis qu'ils ont vu fréquemment quelques gouttes de ce liquide déterminer chez des ouvriers une tuméfaction générale du corps et une éruption à la face interne des membres, formée d'une multitude de vésicules remplies d'une sérosité trouble.

Fontana rapporte, dans son admirable Traité sur le venin de la vipère et sur quelques poisons végétaux, qu'il a éprouvé trois fois de fâcheux effets du *rhus toxicodendron*, et la dernière fois à une très légère occasion, et seulement pour avoir introduit sous une cloche remplie d'eau des feuilles de cet arbre.

Sur l'invitation de M. le professeur *Adolphe Brongniart*, j'ai cherché à constater la propriété vésicante de l'écorce du noyer (*juglans regia*, L.), annoncée par M. le docteur *L'Héritier* de la Châtre dans une thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 26 décembre 1834.

Un épithème fait avec le liber frais de noyer, appliqué pendant quinze heures à la surface de l'avant-bras, n'a produit aucune vésication. La peau, d'abord jaunie, a noirci peu à peu ; je dois dire, toutefois, que j'ai fait cette expérience au mois de février (1).

Jusqu'ici je n'ai parlé que des épispastiques qui agissent sur nos tégumens en y développant une inflammation ; il est certains végétaux, certains animaux qui produisent la vésication en

(1) Je viens d'apprendre de M. Bretonneau (20 mai 1835) qu'un épithème de liber frais de noyer, appliqué sur le bras d'un enfant de six ans, a produit, au bout de quelques heures, une douleur assez vive ; et que vingt heures après l'application l'épiderme était détaché et soulevé dans toute l'étendue de cette application, sans qu'il se fût fait à la surface du réseau muqueux une exhalation sensible de sérosité.

mélangeant aux liquides cutanés un liquide délétère sécrété par eux; tels sont : la tarentule (*lycosa tarentula*, Latreille), la ségestrie des caves (*segestria cellaria*, Lat.), qui, dit-on, donnent lieu par leur morsure à une enflure de couleur livide, avec phlyctènes autour de la partie qui a été piquée. De même, la rubéfaction et l'intumescence de la peau sont produites par la piqûre de plusieurs insectes de la famille des *hyménoptères*, notamment par celle de l'abeille domestique (*apis mellifera*, Linné), du bourdon des pierres (*bombus lapidarius*, Lat.), de la guêpe commune (*vespa vulgaris*, L.), de la guêpe frelon (*vespa crabro*, L.), la nature et l'intensité de la douleur variant beaucoup selon les espèces.

La plupart des espèces du genre ortie produisent des effets analogues : chacun sait la démangeaison pénible, douloureuse, qui succède à l'action de ces végétaux. Bientôt apparaît une tumeur blanchâtre au centre de laquelle est la piqûre; cette tumeur disparaît et laisse après elle de la rubéfaction.

Chaque poil de l'ortie n'est qu'un canal aboutissant à une cavité pleine d'un liquide plus ou moins actif; le principe délétère, encore inconnu, de ce liquide, acquiert sous les tropiques une effrayante énergie. M. le docteur *Guillemin*, secrétaire de la Société des sciences naturelles, s'exprime ainsi à ce sujet, au mot *Ortiè* (Dict. class. d'hist. nat., t. XII) : « *Leschenault de la* « *Tour* (Mémoires du Muséum d'histoire na- « turelle, t. VI, pag. 359) a publié la narration « des accidens graves qui lui sont survenus « après avoir cueilli sans précaution l'*urtica* « *crenulata* de Roxburgh, plante indigène de « la province de Chittagong, dans l'est du « Bengale. Ayant été légèrement piqué à la « main gauche par une des feuilles, il éprouva « peu de temps après une douleur insupportable, « semblable à celle que produirait une lame de « fer brûlante qu'on promènerait sur les doigts : « il n'y avait cependant à l'extérieur aucune tu- « méfaction ni inflammation quelconque. La dou- « leur s'irradia successivement le long du bras « jusqu'à l'aisselle, puis elle remonta dans la tête, « détermina un violent coryza, enfin une con- « traction spasmodique de la partie postérieure « des mâchoires, qui persista tout une jour- « née. Les douleurs diminuèrent ensuite pro- « gressivement, et ne cessèrent que le neuvième « jour. Des symptômes semblables et beaucoup « plus intenses s'étaient déclarés sur un employé « du jardin botanique de Calcutta, qui avait été « frappé sur les épaules avec les feuilles de la « même espèce d'ortie. Au nombre des orties « dangereuses qui croissent dans l'Inde, *Les-* « *chenault* cite encore l'*urtica stimulans*, L., « indigène de Java, et une espèce de timor « que les habitans nomment *daoun setan*, « c'est-à-dire feuille du diable, et qui leur in- « spire la plus grande terreur. »

Enfin, il est un dernier mode de rubéfaction produit par l'introduction dans la peau des poils durs et piquans dont sont munis certains végétaux, tels que le *dolichos pruriens*, L., par exemple.

Produits chimiques épispastiques. — J'ai déjà dit qu'en restreignant l'activité de quelques caustiques énergiques on pourrait la borner à la rubéfaction de la peau et au soulèvement de l'épiderme.

L'acide acétique, qui tire son origine des végétaux, est surtout doué de la propriété de produire le premier effet, et le second est surtout obtenu avec l'ammoniaque caustique liquide, pure ou combinée avec le suif (pommade de *Gondret*), et cet effet est presque instantané.

Enfin, le calorique qui se dégage de l'eau, d'un métal (marteau du docteur *Mayor*) dont la température a été élevée de quatre-vingt-dix à cent degrés centigrades, produit aussi une prompte vésication.

Il ne m'appartient pas de traiter de l'emploi thérapeutique des divers épispastiques; cette tâche serait au dessus de mes forces. Je me bornerai, en terminant cet essai, à considérer ces agens dans la diversité de leurs effets.

Des expériences, dont les résultats restent inédits, ont prouvé à M. *Bretonneau* que tout agent irritant appliqué à la conjonctive modifie, chacun à sa manière, les propriétés vitales de cette membrane. Ceux qui montrent le plus de similitude dans leur action présentent encore des différences saisissables dans leurs effets primitifs ou subséquens. Il y a plus et autre chose que diversité dans leur degré d'énergie : chaque espèce de substance irritante, chaque irritamentum produit invariablement un mode spécial d'irritation. De même ici, une grande analogie dans l'ensemble de l'action n'exclut pas la dissemblance dans les détails. Autre est la vésication produite par l'ammoniaque, autre celle produite par la cantharidine; l'une est obtenue instantanément, l'autre après quelques heures : l'action prolongée de l'ammoniaque mortifie le derme; sous l'influence prolongée de la cantharidine, il se recouvre d'une exsudation pseudo-membraneuse.

Le sinapisme, après avoir presque instantanément causé une douleur vive et brûlante, suscité une vive rougeur, ne détermine que bien rarement, et après un long espace de temps, le soulèvement de l'épiderme; et cependant son action continuant à s'exercer, l'irritation se communique à toute l'épaisseur de la peau, pénètre au delà, et s'étend jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent : aussi la rougeur intense, l'intumescence fluxionnaire, la mortification du derme, sont autant de phénomènes morbides propres au principe actif des renonculacées et des crucifères; les ulcères qui succèdent se cicatrisent très lentement. Ceux qui succèdent aux cautérisations opérées avec les sels métalliques tendent, au contraire, à se cicatriser avec une extrême rapidité.

Prolongée pendant des années, l'application de l'écorce du *daphne gnidium* maintient seulement au même degré l'ulcération superficielle qu'elle a produite.

Le calorique qui s'échappe de l'eau bouillante est vésicant. Rayonnant d'un foyer, il produit ces taches livides et fauves dont sont si souvent marquées les jambes des vieillards; tandis que sans arriver à une température aussi élevée, le calorique, uni à la lumière, cause cet érythème si douloureux connu sous le nom de coup de soleil.

Le praticien a souvent recours aux médica-

tions révulsives ; il doit, pour atteindre le but qu'il se propose et ne pas le dépasser, connaître le mode d'action, le degré d'énergie, et toute la portée du moyen qu'il emploie (1).

L.-J. Fréderic LECLERC, D. M. P., de Tours.

II. REVUE CLINIQUE.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.
Service de M. SANSON.

Fracture du Péroné. — Deux cas de fracture du péroné, traités actuellement dans la salle Sainte-Jeanne, nous rappellent la plupart des considérations qui se rattachent à ces sortes de lésions ; mais je me fais un devoir de ne mentionner que celles qui sont d'une utilité plus spécialement pratique, et cela pour me conformer davantage au titre clinique de cet article et au but du journal.

Avant d'aborder l'historique de cette fracture en particulier, M. le professeur Sanson fait judicieusement remarquer qu'un grand nombre de fractures doivent leur gravité à l'ignorance des personnes qui donnent les premiers soins au moment de l'accident ; presque toujours, en l'absence du médecin, le membre affecté est mis dans des positions nuisibles, et qui ajoutent à la cause de déplacement, ou bien encore la région malade est abandonnée à elle-même, livrée à son propre poids. On n'ose y toucher crainte d'augmenter les douleurs, et le membre, sans point d'appui, voit ainsi s'aggraver ses lésions. Ces circonstances ne sont pas rares dans les fractures du péroné ; l'obscurité de leur diagnostic laisse le malade dans une fausse sécurité, et lui permet quelquefois de se soutenir et de marcher quelque temps.

Les fractures du péroné sont beaucoup moins fréquentes que celles du tibia. Le péroné est protégé par des muscles, par le tibia lui-même ; il n'est que faiblement chargé de transmettre au sol le poids du corps ; il est élastique jusque dans l'âge le plus avancé. Le rapport des fractures du quart inférieur du péroné avec les autres points de cet os et du tibia sont dans la proportion de 1 à 3.

Le mécanisme des fractures du quart inférieur du péroné, par cause indirecte, offre des caractères et des accidens particuliers. L'entorse du pied, soit interne, soit externe, produit également cette fracture. Dans le cas d'entorse interne, qui est la plus fréquente, c'est-à-dire lorsque la plante du pied est renversée en dehors, la face externe du calcanéum presse la malléole externe, le péroné, inamovible dans toute son étendue, en haut par son mode d'articulation, en bas par les ligamens qui le fixent au tibia, cède et se fracture dans sa partie la plus faible, qui est au niveau du rétrécissement surmontant la malléole. La fracture produite d'abord par le déplacement du pied, cause à son tour un déplacement plus grand qui dirige les fragmens en dedans et contre le tibia. Dans le cas d'entorse externe, c'est-à-dire quand la plante du pied est tournée en dedans, la direction du poids du corps transmise au pied passe obliquement en dedans de l'astragale, la malléole interne beaucoup plus courte que l'externe favorise davantage le renversement du pied en dedans. Les ligamens qui s'attachent perpendiculairement au sommet de la malléole péronéale sont fortement tendus, tandis que le bord externe de l'astragale pousse la malléole en dehors et donne lieu à la fracture sus-malléolaire péronéale, avec direction des fragmens en dehors. — Tel est le double mécanisme de la fracture indirecte du quart inférieur du péroné ; on ne peut ignorer ces signes sans s'exposer à méconnaître cette fracture, ou à diriger contre elle un appareil inopportun, puisque tout traitement de fracture et de luxation doit être basé sur le mécanisme bien compris de ces lésions physiques.

Dès que la fracture a eu lieu au quart inférieur du péroné, le pied obéit à l'action des muscles péroniers latéraux et se dévie ; sa plante se tourne en haut et en dehors, son bord interne en bas, son bord externe en haut. La malléole interne saillit sous la peau : au dessus de la malléole externe une dépression anguleuse correspond à la fracture. L'axe du tibia tombe en dedans de l'astragale, et, dans le cas de marche, le poids du corps porterait sur la malléole interne et sur les ligamens articulaires latéraux internes. Une main placée au bas de la jambe et l'autre sur le talon, en imprimant des mouvemens latéraux, l'on porte très facilement le pied en dehors et l'on exagère les douleurs ainsi que tous les signes de la fracture ; l'effet inverse a lieu en portant le pied en dedans. En prenant attentivement les fragmens avec les deux pouces, on apprécie la crépitation.

Ces fractures, abandonnées à elles-mêmes ou mal traitées, sont des plus graves. La luxation du pied se prononce de plus en plus, engage les fragmens dans les chairs, ce qui les enflamme, détermine des suppurations, des nécroses, et tout cela au niveau d'une articulation multiple. Le moindre des inconvéniens est une claudication inguérissable. Le professeur Dupuytren est le premier qui a bien connu, décrit et par conséquent traité, ces sortes de fractures. Il faut s'opposer à l'action des muscles jumeaux et soléaires qui s'attachent au calcanéum par le tendon d'Achille et qui portent le talon en arrière. La flexion du membre suffit pour garantir ce résultat. En outre, ce qui est plus important, il faut lutter contre la contraction des muscles péroniers latéraux qui dirigent la plante du pied en dehors en relevant son bord externe, et refoulent le fragment inférieur dans les chairs de l'espace inter-osseux.

On procède à la réduction de la fracture, en couchant le malade sur le dos, la cuisse formant un angle droit avec le bassin, maintenue par un aide qui croise ses doigts sous le jarrêt pour faire la contre extension ; la jambe fléchie est maintenue dans une position horizontale par un autre aide qui saisit le pied de sa face dorsale à sa face plantaire, tandis que de l'autre main il tire directement sur le talon pour faire l'extension et porte ensuite le pied fortement en dedans pour opérer la réduction. Le chirurgien place ensuite un coussin épais sur la partie in-

(1) Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 23 mai 1835.

terne de la jambe, suivant toute la largeur de ce membre, sans dépasser la base de la malléole interne; l'attelle est appliquée sur le coussin et le dépasse seulement en bas de cinq à six pouces au delà de la plante du pied. Une première bande fixe les deux tiers supérieurs de l'attelle et du coussin. La seconde bande entoure, par des jets croisés en 8 de chiffre, et le talon et le bord externe du pied, et le coude-pied et l'attelle, de manière que le bandage soit suffisamment serré, pour que la plante du pied soit rapprochée de l'attelle et maintenue tournée en dedans. La jambe est demi-fléchie et couchée mollement sur son côté interne. Ce bandage fait aussitôt cesser les douleurs: il permet les applications résolutives sur le lieu de la fracture, laissée à découvert, et ne demande qu'à être resserré au fur et à mesure de son relâchement. L'habitude où l'on est de maintenir pendant quarante jours, l'appareil des fractures du péroné est blâmable en plusieurs points. Le cal provisoire est suffisamment achevé dans les trente premiers jours; quant au cal définitif, il exige environ une année chez l'homme adulte: le premier est donc assez solide pour permettre d'enlever l'appareil avant les quarante jours, en défendant au malade de marcher. Il jouira du bénéfice d'une position plus commode; la nutrition du membre se fera mieux; on évitera cette tendance à l'atrophie générale dans le traitement des fractures.

Abcès sanguins. — Ces sortes d'abcès sont rares; M. Sanson n'en a vu que cinq ou six cas, et toujours il les a trouvés sur de jeunes sujets. Les auteurs n'en donnent pas une description spéciale, à peine les ont-ils mentionnés; ils ont toujours été confondus avec des abcès scorbutiques, ou avec des abcès suites de contusion; cependant l'âge des sujets et leur constitution et aussi la nature du contenu dans la poche de l'abcès ne permettent pas de les ranger parmi les abcès scorbutiques; on ne peut davantage les trouver analogues aux abcès traumatiques, la cause n'est pas la même; nulle lésion extérieure n'a produit ces abcès sanguins; la peau reste saine, point de trace d'ecchymose. Tout au plus, pourrait-on les classer au nombre des abcès développés dans les grandes lèvres chez la femme: la couleur, la consistance du liquide est la même dans les deux cas, avec une très grande différence dans la cause: les abcès vulvaires résultent ordinairement du froissement, de la contusion des organes génitaux pendant le coït, ou encore d'une marche trop pénible pendant l'écoulement menstruel, le sang étant retenu en contact par des linges non renouvelés. L'abcès sanguin procède par une marche insidieuse, il manque des caractères tranchés du phlegmon. La douleur, quoique profonde, est peu en rapport avec le volume; il n'y a point de rougeur, point d'engorgement circonscrit considérable.— La réaction est très peu vive; les sujets, à la vérité, étaient tous blafards et lymphatiques. En ouvrant ces abcès, on peut éprouver les inquiétudes les plus sérieuses. M. Sanson plongeant un bistouri dans un abcès de ce genre, manifesté au creux du jarret, et voyant sortir une abondante quantité d'un liquide lie de vin foncé en rouge, craignit un instant d'avoir ouvert une poche anévrismale.

Au numéro 2, de la salle Sainte-Jeanne, l'enfant qui présente ces abcès est âgé de quinze ans, d'un tempérament lymphatique, déjà traité à l'Hôtel-Dieu pour une pneumonie, il y a un an, à Paris depuis deux ans, comme apprenti teinturier dégraisseur.

Il y a environ trois mois, deux abcès se sont d'abord développés (sans cause externe) dans le mollet de la jambe gauche; peu de temps après dans la même région de la jambe droite. La douleur n'était vive que pendant la marche un mois après leur première apparition. M. Sanson pratiqua une ouverture à chaque abcès; il s'est écoulé un liquide épais couleur rouge lie de vin.

Les parois de ces foyers sont lents à se recoller; ils deviennent fistuleux. On emploie la compression par le bandage roulé et l'on détermine l'adhérence après trois semaines de ce traitement. A cette période de la convalescence, une nouvelle fluctuation se laisse apprécier au niveau de la tête du péroné du côté gauche; elle est tout à fait sous-cutanée, du volume d'une forte aveline et sans changement de couleur à la peau.

Calcul vésical. — Au numéro 8, de la salle Sainte-Jeanne, se trouve un jeune homme, âgé de dix-huit ans, qui ne paraît pas avoir plus de douze ans, et n'est pas encore pubère; le pénil est sans poil; tous les organes ont éprouvé un arrêt de développement, ce qui n'est pas rare dans le cas de calcul vésical; toutefois, la verge est ordinairement plus volumineuse que ne le comporte l'âge, ce qui est dû aux tiraillemens répétés du membre viril par suite des douleurs éprouvées au niveau du gland; il en est de même du rectum dont l'orifice anal est dilaté, infundibuliforme; le jeune malade y portant fréquemment les doigts réunis en tampon, soit pour soutenir ce point correspondant au bas-fond de la vessie, soit pour aider à l'excrétion des urines, ce qui, dans les deux cas, procure un soulagement passager. Cet enfant a eu quelques abcès à la marge de l'anus, tout à fait indépendans du calcul. Une vessie saine, un calcul peu volumineux, sont deux circonstances des plus favorables à la lithotritie, et qui existent réunies chez cet enfant, mais l'urètre est trop petit; quoique dilatable jusqu'à un certain point par les instrumens lithotriteurs, il reviendrait sur lui-même et permettrait mal l'issue des fragmens du calcul supposé broyé.

Il est plusieurs signes qui précisent chez l'enfant le diagnostic sur l'existence d'un calcul vésical: d'abord l'hématurie; à cet âge, les maladies de vessie sont rares, elles sont presque toutes causées par un corps étranger dans le réservoir de l'urine. Lorsqu'il existe un catarrhe vesical, l'émission de l'urine est douloureuse au commencement; c'est le moment des contractions des parois de la vessie malade; dans le cas de calcul vésical, c'est vers la fin de l'excrétion urinaire que la douleur est plus vive; la pierre se trouvant enveloppée par la vessie, ce contact partiel ou général est cause de la douleur. Un calcul, un polype de la vessie peut donner lieu à la suspension brusque du jet de l'urine et non pas le catarrhe vésical, quoiqu'on l'ait avancé.

Pour sonder convenablement, il faut se placer à la gauche du malade, le faire coucher sur le dos, les cuisses fléchies, la tête relevée, la verge saisie entre les doigts qui mettent le gland à découvert, et on ajoutera à tous les autres préceptes indiqués par les auteurs pour découvrir la pierre, celui qui a été généralement omis et qui consiste à décrire avec le cathéter et dans la vessie des arcs de cercle sur toute la longueur du calcul, en retirant la sonde par le même mouvement; on détermine la mensuration du calcul qui se trouve ainsi compris dans la courbe de l'instrument; cette appréciation, quoique approximative, du volume du calcul, est d'une importance très grande par rapport au procédé d'extraction que l'on doit employer. Pour bien explorer la vessie, il faut qu'elle contienne du liquide, autrement la vessie coifferait la pierre et s'opposerait à la manœuvre de l'instrument; ce n'est que vers la fin qu'on peut le laisser lentement écouler. Les mouvemens de la sonde doivent être très modérés. Quelquefois il arrive que le rectum fait saillie dans la vessie, en soulève le bas-fond sur la ligne médiane, et de chaque côté se place le calcul. Si le calcul était volumineux, on pourrait en percevoir le ballottement entre une main comprimant l'hypogastre et un doigt de l'autre main introduit dans le rectum.

Fracture des côtes. — Plusieurs malades nous ont présenté cette sorte de lésion, qui toujours n'est pas facile à reconnaître; quelquefois en effet, le périoste n'est pas rompu et la crépitation ne peut se produire. La crépitation, la flexibilité anormale et la déformation sont les signes les plus évidens. Dans le doute, il faut toujours appliquer un bandage de corps qui modère la respiration costale, diminue la douleur et n'a aucun inconvénient. Dans le cas de contusion, quatre ou cinq jours suffisent pour que la douleur se dissipe; quatre à cinq semaines sont au contraire nécessaires dans le cas de fracture. Fréquemment la fracture donne lieu à la déchirure de la portion périphérique correspondante du poumon, à l'empyème et à des crachats sanguins; il y a toujours pleurésie partielle, un peu de toux, spontanée, mais plus souvent à la percusion. Les gens du peuple qui sont si souvent affectés de bronchite chronique, avec toux, décuplent par cela même l'étendue de la pleurésie dans le cas de fracture, et donnent quelquefois lieu à une fausse articulation dans ce point-là même.

Chez l'un de ces malades, âgé de cinquante-quatre ans, une première chute, faite dans un escalier non achevé, produit une fracture près de l'angle externe de la clavicule gauche; il retombe, et dans le second temps de sa chute, il se fracture deux côtes du même côté. Ce double accident laisserait voir quelque chose de satisfaisant pour l'optimiste. En effet, la clavicule fracturée près de son angle externe avait ses fragmens retenus en contact par les ligamens, et les mouvemens du bras se sont conservés; il aurait été impossible de placer l'appareil ordinaire des fractures de la clavicule sur des côtes brisées; bien plus, cet appareil était inutile dans l'espèce. On dut donc se borner au bandage de corps fortement serré; trois saignées du bras furent pratiquées, et la respiration s'effectua par le diaphragme seulement. Le malade achève sa guérison sans entraves, et sort de l'hôpital le 6 juillet 1835.

Ophthalmies blennorrhagiques. — Ma position particulière de chef de la clinique ophthalmologique m'a fait l'obligation d'observer un très grand nombre d'ophthalmies blennorrhagiques, maladies des plus graves, des plus fréquentes, des plus mal traitées, lors même qu'elles sont reconnues, ce qui est rare: je me crois donc suffisamment autorisé pour insister ici sur quelques données importantes de cette maladie, surtout sur le mode de traitement suivi d'un succès constant entre les mains de M. Sanson; je remets à une autre époque le développement complet de tous les détails qui se rattachent à cette maladie. Déjà j'avais publié, dans ma thèse inaugurale, plusieurs observations d'ophthalmies blennorrhagiques, auxquelles j'opposais l'excision et la cautérisation, méthodes particulières à M. Sanson; mes observations ultérieures sont venues me confirmer la bonté de ces deux moyens thérapeutiques, qui ont fourni le sujet d'une excellente thèse à l'un de mes prédécesseurs à l'Hôtel-Dieu, le docteur Juillard.

Examinons rapidement les causes d'une maladie qui détermine dans quelques cas la perforation des cornées, l'issue des humeurs de l'œil et la cécité absolue en moins de vingt-quatre heures. Ces causes peuvent se ranger en trois catégories principales: 1° inoculation de la matière blennorrhagique qui, de l'urètre ou du vagin, est mécaniquement transportée sur l'œil; 2° ophthalmies blennorrhagiques par métastase; 3° ophthalmies blennorrhagiques par sympathie ou analogie de tissu. La première cause doit être beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme, les habitudes et les besoins de la femme nécessitant rarement pour elle le contact des mains avec ses organes génitaux et urinaires: le contraire a lieu pour l'homme. Aussi l'ophthalmie blennorrhagique est-elle beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Mais, par une bien triste compensation, au moment de la parturition, lors du passage de l'enfant au travers du conduit vulvo-utérin, ses yeux s'imprègnent de la matière de l'écoulement, et de là naissent les ophthalmies purulentes des nouveau-nés. M. Dupuytren admettait cette cause comme la plus constante pour produire cette dernière affection. L'inoculation de la matière blennorrhagique peut avoir lieu d'un individu sur un autre individu par l'intermédiaire d'une éponge, d'un linge, etc.: tantôt elle peut se borner à un seul œil, tantôt envahir les deux. Dans son cours de physiologie, M. Chaussier racontait l'histoire d'un jeune homme qui courait la poste, ayant une blennorrhagie urétrale arrêtée tout à coup et suivie d'un sentiment purulent aux paupières d'un seul œil: les deux yeux sont lavés avec la même éponge, suintement à l'œil du côté opposé. La mère du jeune homme, âgée de quatre-vingts ans, à l'abri de tout soupçon, ayant lavé les deux yeux de son fils, et essuyant en même temps les larmes des siens, toujours avec la même éponge, fut prise d'une affection identique.

Dans l'observation de Chaussier on retrouve le même mode d'inoculation, mais dans deux

conditions différentes : le fils est atteint d'urétrite, et par conséquent il est sous l'influence de cette maladie dans toute son économie, tandis que la mère, pour qui cette circonstance n'existe pas, toutes choses égales d'ailleurs, subira une ophtalmie moins intense et moins rebelle; un traitement aussi énergique ne peut lui être appliqué; cette remarque reste vraie, mais non sans exception, comme le prouve l'observation que je publiai, en 1833 : « Un « jeune négociant contracte une blennorrhagie « urétrale pendant un voyage; à son retour il « couche avec sa femme, âgée de vingt-trois « ans. Le lendemain une blennorrhagie exis- « tait aux deux yeux de cette dame qui, cédant « à l'ignorance commune, et quoique lettrée, « se rend chez un charlatan, qui lui ordonne « des collyres à l'eau de roses et des lavemens « de lait. Je vois la malade le troisième jour de « l'accident; la cornée transparente de l'œil « droit était largement perforée; les humeurs « de l'œil s'écoulaient au dehors; la cornée de « l'œil gauche était terne, ramollie, presque opa- « que; au centre existait une ulcération circons- « crite aux lamelles externes; l'écoulement jau- « nâtre des paupières était abondant, excoriait « la joue. Je prévins la malade que l'œil droit « était perdu sans retour, que l'œil gauche ne « tarderait pas d'avoir le même sort, et qu'elle « était vouée à une cécité complète, si elle ne « se soumettait immédiatement aux moyens que « je lui conseillais, et qui consistèrent dans « une saignée du bras d'une livre, excision avec « des ciseaux courbes de la conjonctive ocu- « laire, cautérisation avec le nitrate d'argent de « la conjonctive palpébrale. J'ordonnai en ou- « tre des lotions avec un collyre qui contenait « un grain de deutochlorure de mercure par « once d'eau distillée. L'ophthalmie ne tarda « pas à s'amender; vingt jours après, il n'exis- « tait plus qu'une taie peu apparente au dessous « du niveau de l'ouverture pupillaire, opacité « que j'ai fait disparaître par une seule et très « légère cautérisation par le nitrate d'argent « et les instillations de laudanum de Rousseau. »

Quelque temps auparavant, j'avais été témoin d'un cas d'ophthalmie blennorrhagique des plus graves, manifesté chez un adulte vigoureux, qui se présenta dans le service de M. Sanson : un seul œil était affecté. M. Sanson ordonna les antiphlogistiques les plus énergiques; saignée aux deux bras, ouverture de l'artère temporale, applications de sangsues en permanence sur les apophyses mastoïdes, collyre avec le nitrate d'argent; à l'intérieur on administrait la potion de Choppart, et le poivre cubèbe à haute dose; rien ne put tarir la source de cette abondante sécrétion, et la perforation de l'œil droit eut lieu le troisième jour. L'autre œil est pris secondairement de la même affection; l'état de débilité dans lequel se trouve le malade ne permet plus de recourir aux mêmes agens; cependant il y a urgence. Pour sauver l'œil, M. Sanson imagine de détruire la source de la sécrétion purulente en excisant la conjonctive et en cautérisant fortement avec le cylindre de nitrate d'argent tout ce que les ciseaux ne peuvent atteindre. La sécrétion est nécessairement suspendue, et le succès couronne cette innovation heureuse et hardie, mais aussi pleine de sens. L'excision de la conjonctive avait déjà été pratiquée dans d'autres circonstances sans être combinée avec la cautérisation.

Les exemples d'ophthalmie blennorrhagique que je viens de citer avaient pour cause l'inoculation; c'est en effet la cause la plus fréquente. Quelques auteurs ont même révoqué en doute les blennorrhagies oculaires par métastase ou par analogie de tissu. Dupuytren professait que presque tous les cas d'ophthalmies blennorrhagiques qu'il avait eus à traiter, reconnaissaient pour cause avérée l'inoculation; rien ne s'explique mieux que le transport, au moyen des doigts, de la matière blennorrhagique, même à l'insu des malades, pendant leur sommeil; il en est bien peu qui pourraient affirmer n'avoir pas commis cette imprudence, de la gravité de laquelle la plupart et encore quelques médecins ne se doutent pas. Ce qui démontre encore l'action plus spéciale de cette cause directe, c'est qu'en général l'affection ne porte primitivement que sur un seul œil. Il est inutile de dire que l'inoculation est loin d'être la conséquence nécessaire du contact de l'écoulement urétral, le nombre des ophthalmies blennorrhagiques serait alors bien autrement multiplié, il faut encore des causes prédisposantes toujours mal appréciées : par exemple, des travaux prolongés à la lumière artificielle, une ophthalmie chronique; c'est aussi dans ces circonstances que l'on porte le plus souvent les doigts vers les yeux qui font habituellement éprouver de la démangeaison.

Les ophthalmies blennorrhagiques par métastase sont regardées comme invraisemblables par M. Sanson et beaucoup d'autres praticiens. Dans les cas où le malade nie l'existence d'une blennorrhée, on peut presque toujours la constater en pressant sur le canal de l'urètre depuis le scrotum jusqu'au gland. La gonorrhée, à l'état aigu, ne se supprime pas par l'ophthalmie, mais elle se suspend quelquefois lorsqu'elle est bénigne, et tout à fait à son déclin. Pendant que j'étais interne à l'hôpital des vénériens, j'ai recueilli trois faits semblables, ce qui ne prouvait pas, suivant moi, la métastase, mais seulement la loi pathologique des révulsions.

Les ophthalmies blennorrhagiques par sympathie ne sauraient être mises en doute; c'est par l'aspect des yeux que se traduisent les excès conjugaux. Bosquillon trouvait une grande analogie entre les follicules de l'urètre et ceux des paupières. Néanmoins la sympathie ne se développe pas lorsqu'elle semblerait devoir être plus active, c'est-à-dire pendant l'urétrite aiguë.

Les maladies avec lesquelles on pourrait quelquefois confondre l'ophthalmie blennorrhagique seraient les ophthalmies catarrhales et les ophthalmies syphilitiques. Voici quelques caractères différentiels : la marche des accidens est extraordinairement rapide dans la première, les corps papillaires sont à peine apparens et déjà la suppuration est arrivée. La tuméfaction des conjonctives oculaire et palpébrale survient en même temps.

L'ophthalmie blennorrhagique manque des diverses périodes; elle n'en a qu'une seule, celle de la suppuration; trois ou quatre heures écoulées après l'inoculation suffisent pour que la maladie soit déjà arrivée à son apogée et l'œil détruit. La marche de cette maladie n'est pas

toujours aussi brutale; quelquefois elle procède d'une manière insidieuse et donne au médecin une bien dangereuse sécurité. M. Sanson m'a fait voir, à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, deux cas d'ophthalmie blennorrhagique, dont la marche lente, dure quatre ou cinq jours, sans tuméfaction, sans douleur vive, mais qui avaient pour signe pathognomonique une intensité croissante, malgré le traitement dirigé contre elles. Dans ces cas, lorsque les antiphlogistiques n'ont pas amendé l'état des yeux, M. Sanson conseille de recourir sans hésiter à l'emploi des moyens énergiques que l'on oppose aux plus graves ophthalmies.

Presque toujours l'ophthalmie catarrhale affecte les deux yeux à la fois; tandis que l'ophthalmie blennorrhagique ne porte que sur un seul œil, sur le droit plus souvent que sur le gauche; ils se prennent rarement tous les deux en même temps, particularité du reste en opposition avec les lois ordinaires de la pathologie, qui fait que plus un organe est gravement affecté, plus son congénere est disposé à l'être pendant la même période, à moins que la lésion soit traumatique, et l'inoculation peut à la rigueur se rapprocher de ce genre de lésion.

L'ophthalmie des nouveau-nés et l'ophthalmie d'Egypte forment deux classes distinctes; la première cependant devrait se rapporter à l'ophthalmie blennorrhagique, et la seconde doit être étudiée dans les auteurs qui ont été sur les lieux. Les mémoires de chirurgie militaire du baron Larrey satisferont complétement ce point de pathologie oculaire.

L'ophthalmie syphilitique ne saurait facilement se confondre avec l'ophthalmie blennorrhagique; la première est toujours accompagnée de quelques symptômes généraux ou locaux de syphilis, soit primitifs, soit secondaires; les préparations mercurielles les modifient ou guérissent très rapidement.

L'ophthalmo-blennorrhée a toujours une marche aiguë; elle n'affecte que les conjonctives et la cornée. L'ophthalmie syphilitique est ordinairement compliquée d'iritite, et d'autres altérations envahissent le cercle, les procès ciliaires ou la membrane cristaline; en un mot, le siége de cette dernière se place plus profondément, tandis que la première reste plus superficielle. Je l'avoue, il est quelques cas assez difficiles pour qu'on ne puisse plus discerner une ophthalmie blennorrhagique d'avec une ophthalmie syphilitique, lorsque la blennorrhagie urétrale est elle-même syphilitique, et l'on sait qu'un certain nombre appartient à cette espèce.

L'ophthalmie blennorrhagique est une des plus affligeantes et des plus redoutables dont puisse être victime l'espèce humaine. Une foule de moyens ont été tour-à-tour préconisés à toutes les époques. Les uns ont cherché à rappeler l'écoulement urétral, par des injections de sublimé, de potasse caustique, de nitrate d'argent et par des pommades irritantes, dont on enduisait une bougie; on a même été jusqu'à introduire de la matière blennorrhagique, recueillie chez un autre individu; ces tentatives d'urétrite, quelquefois vaines, ne peuvent jamais donner lieu à une gonorrhée dans un temps limité, puisqu'il n'existe pas en thérapeutique d'agent qui, dans tout état d'idiosyncrasie, puisse fournir une sécrétion, produire son effet, après un nombre d'heures calculées par avance; cependant il importe d'agir, l'affection oculaire achève ses ravages dans vingt-quatre, quarante huit heures. Souvent aussi on voit marcher de pair la double affection : celle de l'urètre et celle des yeux, sans qu'elles paraissent en rien se modifier l'une par l'autre. On doit donc logiquement rejeter les moyens qui ont pour but de rappeller l'écoulement urétral ou qui veulent inoculer la blennorrhagie dans ce point.

Constamment j'ai vu échouer les astringens spécifiques, pris à l'intérieur, tels que poivre de cubèbe, potion de Choppart, portés à haute dose. Le mercure à l'intérieur, poussé jusqu'à la salivation, dans les vingt-quatre heures, compte des succès, mais il a des inconvéniens graves. Les saignées générales et locales abondantes, répétées plusieurs fois dans la journée, aidées par des purgatifs à l'intérieur, par des collyres de plus en plus astringens, dont on bassine incessament les yeux, ont réussi à M. Sichel, ainsi qu'il me l'a déclaré plusieurs fois; en raison de la prédominance de la sécrétion, ou de l'état inflammatoire, on insistera sur les astringens, ou sur les antiphlogistiques.

Dans cette maladie, si rapidement funeste, l'état inflammatoire est un symptôme manifeste, mais n'en est pas le plus important; en faisant prévaloir les antiphlogistiques, les saignées, il ne faut pas les considérer comme moyen unique; on ne doit pas oublier que les évacuations sanguines sont d'autant plus efficaces, que l'organe affecté l'est plus largement en surface et moins en profondeur.

J'ai déjà cité quelles circonstances avaient engagé M. Sanson à mettre à exécution le double procédé de l'excision et de la cautérisation. Le premier il a réuni ces deux méthodes, employées avant lui, mais non combinées. On change ainsi les surfaces sécrétantes et l'on tarit aussitôt la source de la blennorrhagie; une ou deux saignées abondantes, suivant la phlétore du sujet, sont d'abord pratiquées. On saisit avec les pinces la muqueuse oculaire, et l'on excise avec les ciseaux tout ce que l'on peut atteindre; la face interne des paupières ne peut pas être fixée par l'instrument; on passe donc au dessous un cylindre de nitrate d'argent fondu, une surface excisée se trouve ainsi mise en contact avec une surface cautérisée; la cicatrisation se fait en temps inégaux; ces deux surfaces, conjonctive oculaire et conjonctive palpébrale, sont modifiées différemment et ne peuvent en conséquence adhérer ensemble. Des collyres astringens sont ordonnés. Il n'est aucune ophtalmie blennorrhagique, quelle que soit son intensité, qui ne cède toujours à cette médication, au moins c'est ce résultat heureux que j'ai constaté jusqu'à présent. Je regarde donc le recours à ce moyen comme le plus efficace et son auteur comme ayant rendu le plus signalé service à cette branche de la pathologie. Si l'on se fût contenté de cautériser les conjonctives palpébrale et oculaire, on aurait pu déterminer l'adhérence de la face interne des paupières avec le globe oculaire. Je dois à l'obligeance de mon ami Bertrand, interne à l'hospice des Enfans trouvés, la connaissance de quelques unes de ces sortes de cécités.

Sur un grand nombre d'observations que je

possède, pour établir cette direction de traitement, je me borne aux détails de deux d'entre elles : la plupart des autres offrent une grande identité, quant au principal.

Ophthalmie blennorrhagique; excision et cautérisation de la conjonctive; guérison prompte. — Le nommé Calaubout, âgé de vingt-cinq ans, tailleur d'habits, a été couché salle Sainte-Marthe, le 4 octobre 1834; depuis quinze mois, il est affecté d'une blennorrhée urétrale, toujours mal traitée et qui dure encore.

Le 1er octobre, le malade ressent de la douleur et voit de la rougeur dans l'œil gauche; il continue de travailler comme à l'ordinaire; les douleurs ayant augmenté, il est forcé de quitter son travail dans la soirée. Le lendemain au matin, rougeur et douleurs beaucoup plus intenses. Une suppuration abondante, coagulée, fait adhérer les deux paupières de l'œil gauche. la maladie continuant ses progrès, ce jeune homme se fait recevoir à l'hôpital le jour indiqué. Les paupières de l'œil gauche sont gonflées, principalement la supérieure; elles sont rouges, leurs bords laissent écouler une matière mucoso-purulente; en les écartant, on aperçoit la conjonctive oculaire gonflée, d'un rouge pâle et comme infiltrée de sérosité. Elle forme un bourrelet saillant autour de la cornée (chémosis) qui conserve sa transparence. La conjonctive palpébrale est rouge et tuméfiée. Le malade éprouve de vives douleurs dans l'œil, et qui ne s'étendent pas à la tête. Nulle fréquence du pouls. On pose douze sangsues derrière l'oreille gauche.

Le 5 et le 6, la maladie fait des progrès, la conjonctive est plus tuméfiée, l'écoulement est plus abondant; point de symptômes généraux. Application d'un vésicatoire à la nuque.

Le 7, ces moyens étaient restés sans efficacité; la cornée était presque entièrement cachée par le boursouflement de la conjonctive et par la contraction spasmodique des paupières. M. Sanson pratique avec des ciseaux courbes l'excision du bourrelet qui envahit la cornée et promène un cylindre de nitrate d'argent sur les points accessibles de la conjonctive palpébrale. Le malade éprouve une vive douleur, qui se calme après quelques heures. On injecte entre les paupières le collyre qui suit :

Laudanum de Rousseau	goutt. *x.*
Eau distillée	℥ *jv.*
Gomme arabique	ʒ *B.*
Sulfate de cuivre	gr. *jj.*
Bol d'arménie	gr. *jj.*

Le 8, le malade n'a pas ressenti pendant la nuit des douleurs aussi vives qu'avant l'excision. Le gonflement est moins prononcé. Les injections avec le collyre indiqué se supportent facilement. Dans la soirée, on remplace le sulfate de cuivre et le bol d'arménie par six grains de nitrate d'argent dissous. Ce dernier collyre est douloureux, on revient au premier.

Le 9, amélioration sensible; la conjonctive est moins boursouflée. Les paupières relevées laissent voir la transparence de la cornée.

Le 10, le 11 l'amélioration persiste, la paupière supérieure n'est plus tuméfiée; l'inférieure l'est encore un peu et produit un léger ectropion. La conjonctive oculaire à peine boursouflée est d'un rouge vif comme dans la conjonctivite simple. Il n'y a presque plus de suintement purulent. Collyre avec la solution de nitrate d'argent.

Le 17, la cornée est toujours transparente, la paupière inférieure est revenue à son volume normal. Le malade n'éprouve plus de douleurs. Continuation du collyre.

Le 20, M. Sanson substitue au collyre précédent, celui-ci :

Eau distillée.	℥ *jv.*
Sulfate acide d'alumine et de potasse (alun du commerce) . . .	ʒ j.
Laudanum de Rousseau	goutt. xij
Gomme arabique.	gr. xxi.

Le 24, la sécrétion mucoso-purulente est tarie; à la partie supérieure de la cornée, on aperçoit une espèce de sillon en arc de cercle, qui résulte de la cicatrice des lames superficielles de cette même cornée, sur laquelle l'inflammation s'était déjà propagée avant l'excision de la conjonctive.

Sorti guéri le 27 octobre; durée du séjour, vingt-trois jours.

Ophthalmie blennorrhagique double; traitement par les antiphlogistiques sans résultat; succès par l'excision et la cautérisation. — Pierre Duclouet, âgé de vingt-quatre ans, tailleur d'habits, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 juin 1835, salle Sainte-Jeanne, numéro 36; tempérament lymphatique; pour toute maladie antécédente, blennorrhagie urétrale, contractée il y a environ six mois, et qui n'a pas encore totalement disparu.

Le 8 juin, sans cause appréciée par le malade, douleur dans l'œil gauche avec chaleur cuisante, augmentant dans la soirée. Le lendemain, le malade est reçu à l'hôpital. La conjonctive palpébrale et oculaire gauche est énormément tuméfiée; un écoulement de matière jaunâtre, épaisse et très abondante suinte par le bord libre des paupières; la cornée transparente s'aperçoit dans un enfoncement circulaire; on ne distingue plus sa transparence; une dernière couche d'épaisse mucosité lui est adhérente.

Le 10 juin, excision avec les ciseaux courbes de toute la portion de la conjonctive oculaire tuméfiée, autant du moins qu'il est possible de pouvoir en atteindre; cautérisation avec le nitrate d'argent d'une partie de la conjonctive palpébrale. Le même jour, application de vingt-cinq sangsues à la tempe gauche, saignée du pied.

Amélioration dans toute la série des symptômes.

Deux jours après, au milieu de la nuit, l'œil droit est envahi par les mêmes accidens. Le lendemain, à la visite, même traitement que pour celui du côté opposé. La sécrétion, de nature purulente, est suspendue, mais remplacée par une sécrétion de qualité meilleure. Collyre astringent, sulfate de soude à l'intérieur, pédiluves quotidiens; bandeau en permanence au devant des yeux; séjour au lit; diète absolue. Les jours suivans, on découvre la cornée; le malade reconnaît les objets; la sclérotique est très vasculaire; la sécrétion muqueuse encore épaisse n'est pas entièrement tarie; absence complète de souffrance, légère photophobie. Aujourd'hui,

10 juillet, le malade n'est pas sorti de l'hôpital. Sa constitution scrophuleuse devient une complication qui retarde la guérison, mais ne la rend nullement douteuse.

CAFFE, D. M. P.

Chef de clinique des hôpitaux à l'Hôtel-Dieu de Paris.

III. QUELQUES RECHERCHES SUR LA PNEUMONIE DES ENFANS.

Voici à peu près les seuls mots que l'on trouve dans les auteurs anciens touchant la pneumonie des enfans.

En parlant des dangers de la rougeole, Stoll a dit :

« C'est une fièvre fâcheuse que celle qui sur-
« vient le neuvième jour et plus tard encore,
« car elle dépend d'une péripneumonie. Après
« la maladie une petite toux sèche, qui ne cesse
« ni le jour ni la nuit, accompagnée d'une lé-
« gère fièvre, annonce une péripneumonie la-
« tente et à sa suite la phthysie, si l'on n'em-
« ploie de puissans antiphlogistiques (
« et Sydenham).

« Les enfans atteints de la rougeole, et à qui
« surtout l'on fait user d'un régime chaud ou
« de médicamens chauds, afin d'aider l'érup-
« tion sont sujets à une répercussion qui sur-
« vient à la fin de la maladie et qui leur cause
« une péripneumonie, dont il meurt un plus
« grand nombre d'enfans que de la petite
« vérole. »

Du reste, ni Boerhaave, ni Cullen, ni Franck, ni Underwood, ni Rosen, c'est-à-dire ni ceux qui ont écrit sur la pneumonie, ni ceux qui ont écrit sur les maladies des enfans, n'ont parlé séparément de la pneumonie des enfans. Dans toutes les recherches, dit M. Leger, qu'il a pu faire à cet égard, il n'a rien trouvé qui ressemblât à une description (thèse inaugurale). On trouvait plus rationnel et plus prompt de raisonner par analogie avec la pneumonie des adultes, et de conclure de l'une à l'autre sans recourir à l'observation directe.

Il faut arriver aux auteurs les plus modernes pour rencontrer quelque chose de plus exact sur la pneumonie des enfans.

Dans l'article *Pneumonie* du dictionnaire en vingt-un volumes, M. Chomel, d'après l'autorité de M. Guersent, constata que la pneumonie est très fréquente chez les enfans, comme affection principale ou secondaire ; qu'elle présente à cet âge une disposition lobulaire différente de l'état d'hépatisation qui caractérise la pneumonie des adultes. Depuis, quelques internes de l'Hôpital des Enfans, M. Léger, dans sa thèse inaugurale, et MM. Burnet et Leberge, dans des mémoires insérés dans le journal *hebdomadaire*, essayèrent de décrire cet état lobulaire, et firent aussi quelques observations importantes sur les autres parties de l'histoire de la pneumonie des enfans.

Malgré ces travaux bien recommandables d'ailleurs, il était difficile de se faire une idée nette de la fréquence de la pneumonie chez les enfans et des différences qui la distinguent d'avec la pneumonie des adultes. C'est pourquoi M. Gérhard et moi nous résolûmes de rapprocher toutes celles de nos observations que nous avions pu considérer comme des pneumonies franches, c'est-à-dire développées chez des sujets bien portans et non point à la suite ou pendant la durée de quelque autre maladie.

Le travail qui résulta pour nous de ce rapprochement a été publié par M. Gérhard dans le journal de Philadelphie. Nous allons ici en donner le résumé ; mais afin de mieux établir sa conviction, le lecteur fera bien de remonter au mémoire même de M. Gérhard ; il verra là quelles précautions nous prîmes, afin d'éviter toute erreur possible.

Un premier résultat bien important qui nous frappa, ce fut l'extrême différence que nous trouvâmes entre les observations de pneumonie après et avant l'âge de six ans, c'est-à-dire après et avant la seconde dentition.

En effet, sur quarante pneumonies observées de l'âge de six ans à l'âge de douze ans, nous ne trouvâmes qu'un seul cas suivi de mort.

Tandis qu'au dessous de six ans la mortalité était dans une proportion tout à fait inverse.

Cette importante différence devint dès lors pour nous la base d'une décision bien nette. En poursuivant l'analyse de nos observations, nous ne tardâmes pas à reconnaître que la différence dans la mortalité répondait à une différence bien notable dans les altérations anatomiques et même dans les symptômes. C'est pourquoi nous crûmes devoir traiter de la pneumonie chez les enfans en deux chapitres différens.

1° De la pneumonie chez les enfans de six à quinze ans.

2° De la pneumonie chez les enfans de deux à six ans.

La pleurésie, chez les premiers, est une complication si fréquente, que quelques auteurs ne désignent la pneumonie que sous le nom de pleuro-pneumonie. Au contraire, dans la pneumonie des jeunes enfans, la pleurésie est une complication rare ; dans douze cas rapportés par M. Gérhard, il n'existe pas un seul cas d'epanchement de sérosité ni de fausses membranes récentes. J'ai fait la même observation, qui d'ailleurs avait été déjà faite par M. Léger et par M. Burnet.

Quatre des douze sujets observés par M. Gérhard et cinq des onze observés par moi avaient des tubercules dans les poumons. Ce nombre ne dépasse pas les proportions des tubercules chez les enfans atteints de quelques autres maladies étrangères aux voies respiratoires. Mais on peut dire, sans crainte de se tromper, que chez l'enfant, comme chez l'adulte, la pneumonie ne paraît avoir aucune influence particulière sur la production des tubercules ; ou, du moins, l'assertion contraire a été hasardée sans aucune preuve, ce qui devient évident par la lecture même de cet article ; car, si la pneumonie des enfans a été jusqu'aujourd'hui si mal connue, comment a-t-on pu apprécier son influence sur le développement des tubercules ?

Excepté un ramollissement de tout le gros intestin et de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, qui ont lieu chez presque tous les

enfans qui succombent, nous n'avons trouvé aucune altération, soit des méninges, du cerveau, de l'estomac, ou de tout autre organe, qui, par sa fréquence dans le cours de la pneumonie que nous venons de décrire, pût être rattachée à cette maladie comme une des altérations secondaires qui lui fût particulière.

Des symptômes. – Nous ne saurions rien dire sur l'invasion de la pneumonie des jeunes enfans, si ce n'est que, de même qu'à un âge plus avancé, elle est précédée de frisson, de chaleur, ou de quelques autres signes précurseurs. Nous ne croyons pas cette recherche hors de la portée de l'observation, surtout si l'on prend soin d'interroger des mères et des nourrices intelligentes. Mais présentement nous ne pourrons établir qu'une chose; c'est que nous avons presque toujours observé cette pneumonie chez des enfans déjà affaiblis par d'autres maladies, et probablement à une époque déjà éloignée du début.

Le premier symptôme qui éveille l'attention est la toux; cette toux est très variable, suivant l'époque de la maladie : d'abord elle est brève, sèche, fréquemment répétée; elle devient ensuite plus grasse, quoique aussi fatigante, et vers la fin de la maladie, alors qu'une grande partie du poumon est imperméable à l'air, la toux est très faible, comme empêchée, et finit par s'éteindre graduellement.

La voix généralement n'est point altérée.

Mais, à mesure que la maladie fait des progrès, la respiration devient de plus en plus courte. La voix et le cri deviennent difficiles ou manquent entièrement dans les derniers jours de la vie.

Jamais nous n'avons vu les jeunes enfans expectorer.

Le signe précieux, fourni par les crachats, pour le diagnostic de la pneumonie, manque donc entièrement à cet âge. Quelquefois nous avons trouvé des mucosités bronchiques expulsées par les vomissemens; mais jamais, dans ces cas, ces mucosités n'étaient visqueuses ou de couleur rouillée, comme chez l'adulte.

La gêne de la respiration est toujours considérable; une seule fois, M. Gérhard a trouvé moins de trente-cinq inspirations. Souvent celles-ci s'élèvent à soixante-dix et même à cent par minutes.

Il est presque impossible de dire si la toux est accompagnée de quelque douleur de côté; cela est néanmoins probable, car presque toujours l'enfant pousse des cris en même temps qu'il tousse.

Quant aux signes physiques, fournis par l'auscultation et par la percussion, c'est sur eux principalement que repose le diagnostic de la maladie, et nous concevons qu'avant leur emploi, l'étude de la pneumonie des jeunes enfans, pendant la vie, devait être bien obscure.

Cependant le vrai râle crépitant sec caractéristique de la pneumonie des adultes, au premier degré, est extrêmement rare chez les jeunes enfans. A peine avons-nous observé, deux ou trois fois, quelque chose d'approchant, c'est-à-dire un râle sous-crépitant à bulles très fines.

Dans la grande majorité des cas, c'est ce râle sous-crépitant que l'on perçoit dans toute la durée de la maladie; les bulles en sont généralement assez pressées. On le perçoit presque toujours des deux côtés, à la base des poumons.

La respiration bronchique a manqué dans le tiers des cas observés par M. Gérhard, ce qu'il attribue à leur obstruction par les mucosités qui sont expulsées difficilement. Quoi qu'il en soit, ce signe est un de ceux que l'on doit rechercher pour établir son diagnostic. Lorsqu'il existe, c'est principalement à la racine des poumons. La respiration bronchique, chez les enfans, n'est pas aussi remarquable que chez l'adulte; elle ressort plutôt par l'absence du murmure vésiculaire. Elle est courte, rapide, *soufflante*, mais peu sonore. Il serait difficile d'en donner une idée à ceux qui ne l'ont jamais entendue. Mais elle est facilement reconnaissable après quelque temps de pratique de l'auscultation chez les enfans.

C'est bien M. Gérhard et moi qui avons établi et prouvé par l'observation cette importante distinction dans les poumons par rapport à la mortalité. Je m'étonne cependant que cette remarque n'ait pas été faite, en songeant combien la pneumonie est peu mortelle dans les colléges, où les enfans s'exposent si fréquemment aux causes qui ont été considérées comme capables de produire cette maladie, tellement que durant huit années passées au collége de Louis-le-Grand, je ne me rappelle pas avoir perdu un seul camarade *de fluxion de poitrine*, et les registres du collége confirment mes souvenirs.

D'ailleurs les travaux de MM. Louis et Chomel et de tous les bons observateurs mettaient sur la voie de ce résultat, puisque dans les hôpitaux d'adultes ils avaient déjà constaté que la gravité de la pneumonie est en raison directe de l'âge. M. Chomel (*Dictionnaire de médecine*), sur trente-trois malades, de dix-huit à trente ans, n'a observé que trois cas suivis de mort.

Quant à la différence qui existe entre les altérations anatomiques dans la pneumonie, suivant les âges, elle avait été déjà notée, sans néanmoins fixer l'attention d'une manière convenable. C'est ainsi que M. Burnet dans l'article précité, établit la distinction de l'hépatisation lobulaire avec l'hépatisation simple *ordinaire* : mais en portant jusqu'à l'âge de dix ans la disposition lobulaire de la pneumonie, il nous semble dépasser l'époque où cette disposition a le caractère de la pneumonie; et en effet toutes les observations de pneumonie lobulaire citées par lui dans son mémoire sont relatives à des enfans âgés de deux à trois ans. Une seule, la treizième (page 103), est relative à un enfant de 7 ans, mais la pneumonie était loin d'être franche. Car, ainsi que l'établit M. Burnet lui-même, le poumon droit était *infiltré de tubercules* et le gauche en contenait aussi. La même réflexion est applicable à M. Léger : suivant lui, la pneumonie *lobulaire et mamelonnée* se rencontre jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans, et l'on est étonné dans 27 observations citées dans sa thèse, de ne trouver que trois observations d'une pneumonie lobulée après l'âge de six ans; encore l'une, intitulée pneumonie ataxique, est-elle une *fièvre typhoïde* bien caractérisée. L'autre eut lieu après la rougeole,

et l'autre après une entérite qui avait duré deux mois. (*Voyez* Leger, Thèse, 1823.)

Chap. I. *De la pneumonie chez les enfans après l'âge de six ans.* — L'histoire de cette pneumonie a été faite d'après l'analyse de quarante observations recueillies par M. Gérhard et par moi durant les années 1832 et 1833. Les quarante sujets étaient dans un bon état de santé, lorsqu'ils furent atteints par la maladie, c'est-à-dire que nous n'avons point compris dans cette série la pneumonie qui peut exister dans la variole, dans la rougeole, ou bien dans la phthisie, et qui ne doit être, dans ces cas, considérée que comme une lésion secondaire.

L'invasion de la maladie fut comptée du moment où se manifestèrent la toux, la douleur de côté, ou bien un frisson appréciable.

Dans tous les cas, où nous pûmes obtenir quelques détails, sur le début de la maladie, soit des malades eux-mêmes, soit de leurs parens, nous constatâmes qu'il y avait eu un prodrôme (frisson, chaleur, céphalalgie, malaise général), sans néanmoins que nous pussions établir si l'intensité de ces phénomènes précurseurs fut plus ou moins marquée que chez l'adulte.

Le poumon droit était comme chez l'adulte, mais dans une proportion beaucoup plus grande, le plus fréquemment affecté, vingt-six fois sur quarante.

Le poumon gauche ne l'était que douze fois, et deux fois il existait une pneumonie double.

Les enfans, même après l'âge de six ans, jusqu'à l'adolescence crachent rarement; aussi ne doit-on guère compter, pour reconnaître leur pneumonie, sur l'examen des crachats, signe précieux pour le diagnostic des pneumonies de l'adulte. Sur vingt-un cas, observés par M. Gérhard, six fois seulement il y eut des crachats, et trois fois seulement ces crachats offrirent quelque chose de caractéristique; la couleur rouille, jaune verdâtre ou brune de la viscosité.

L'état de la respiration était plus généralement en rapport avec le degré de la pneumonie dans la plupart des cas. Le nombre des respirations était de trente à cinquante dans une minute. Une fois nous en comptâmes soixante-douze, et l'on sait que l'état normal est de vingt à vingt-quatre pour cet âge. La respiration n'était pas seulement plus accélérée, elle était aussi plus haute, plus courte, surtout dans l'inspiration.

Dans tous les cas, il y eut une douleur du côté malade. Cette douleur était augmentée par la toux, et se faisait sentir à la partie inférieure de l'aisselle plus souvent en avant qu'en arrière.

Quant aux signes fournis par la percussion et par l'auscultation, ce furent eux qui nous servirent surtout à bien constater l'existence de la pneumonie; c'est-à-dire que jamais nous n'avons admis de pneumonie, sans qu'il y eût râle crépitant, bronchophonie, respiration bronchique et son mat par la percussion.

Dans aucun cas, il n'existait de râle crépitant sans respiration bronchique, et l'on sait que ce résultat est d'accord avec celui obtenu par M. Louis chez l'adulte. Jamais M. Louis n'a trouvé de pneumonie sans respiration bronchique, tant le passage du premier degré de la pneumonie au deuxième degré se fait rapidement.

La bronchophonie et la diminution dans la sonoréité de la poitrine étaient en rapport avec la respiration bronchique. Ces différens signes n'offraient d'ailleurs rien de particulier; ils étaient tels qu'on les observe chez l'adulte, si ce n'est que le râle crépitant était à plus larges bulles. On pouvait facilement le produire en faisant tousser les enfans.

La perte d'appétit était constante au début. Dans douze cas, où les vomissemens ont été notés, soit comme existans, soit comme n'ayant pas existé, sept fois il en existait. Dans toutes les maladies aiguës des enfans, les vomissemens au début sont un symptôme assez commun.

Dans plus des trois quarts des cas, il y eut de la constipation; nous ne trouvâmes une diarrhée un peu intense que dans un seul cas.

Dans tous les cas, la chaleur fut élevée; dans les cas les plus graves, la peau était rude et sèche; surtout dans celui où la diarrhée fut un peu intense et prolongée.

Le pouls était en général développé, et en raison de l'époque de la maladie. Il variait entre cent quinze et cent cinquante, toujours régulier.

Quant aux fonctions cérébrales, dans tous les cas un peu graves, elles parurent un peu dérangées, l'intelligence était plus obtuse; les malades assoupis; plusieurs même eurent du délire, ou un état approchant du délire; car, ainsi que nous l'avons déjà fait observer (1), le délire est un état difficile à apprécier chez les enfans.

La durée de la maladie, relevée sur dix-sept observations de M. Gérhard, fut, terme moyen, treize jours un tiers, et dans treize cas, observés par moi, douze jours un sixième. Cette légère différence, puisqu'elle n'est que d'un jour, s'explique par la difficulté d'avoir une mesure exacte dans l'appréciation de la fin des maladies.

Quant aux altérations anatomiques propres à la pneumonie dont nous parlons, comme sur les quarante cas analysés, il ne s'en trouve qu'un seul dans lequel la mort eut lieu; nous nous bornerons à donner le résumé des lésions observées dans ce cas.

Dans la plèvre du côté droit, le poumon adhérait inférieurement par des fausses membranes molles et de récente formation; le lobe postérieur du poumon de ce côté, dans l'épaisseur d'un pouce et demi à deux pouces, offrait une hépatisation jaune rougeâtre; le tissu pulmonaire en ce point n'était pas aéré. Les surfaces des coupes que l'on y pratiquait offraient l'aspect granulé de l'hépatisation chez l'adulte; les granulations jaunes rougeâtres, grosses comme des têtes d'épingles, n'étaient aucunement comparables avec les granulations tuberculeuses; une mucosité purulente s'échappait en assez grande abondance de l'extrémité des bronches incisées. La membrane muqueuse des bronches n'était rouge, épaissie et tapissée par du mucus, qu'au niveau des parties hépatisées. Les deux autres lobes du poumon droit étaient

(1) Voyez *Archives médicales*.

parfaitement sains. Le poumon gauche offrait dans son quart postérieur et inférieur une hépatisation semblable à celle qui a été décrite dans le poumon droit. Cette hépatisation des deux poumons, tout à fait semblable à celle que l'on observe chez l'adulte, marquait le passage de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise. Outre la lésion des poumons, il existait chez ce sujet une altération bien évidente de l'estomac et une gangrène de la bouche, altération qui pourrait bien, ainsi que l'indique M. Gérhard, avoir entraîné la mort autant que la pneumonie.

Le sujet dont la maladie fut mortelle était âgé de neuf ans et demi, et il avait été traité par le tartre stibié.

Quant au pronostic de la pneumonie dans les circonstances établies, il est certain, d'après ce que nous venons de démontrer, qu'il ne saurait être grave, surtout par comparaison de ce qu'est cette maladie chez l'adulte, la mortalité étant pour les adultes de un sur sept, tandis que nous trouvons ici un sur quarante.

Le diagnostic de la maladie offre les mêmes difficultés que chez l'adulte. L'absence des crachats ajoute encore à ces difficultés, et c'est ici l'occasion de montrer quelle reconnaissance nous devons à l'auteur de l'auscultation, puisque, sans les signes établis par lui, l'étude de la pneumonie chez l'enfant serait encore si pleine d'obscurité.

Causes. — Ce sont absolument les mêmes que chez l'adulte. Nous n'avons à cet égard rien de particulier ; nous ferons seulement observer, relativement au sexe, que notamment pendant les neuf derniers mois de l'année 1833, M. Gérhard ayant recueilli tous les cas de pneumonie qui s'étaient offerts dans les salles des filles, et moi dans les salles des garçons (le nombre des lits étant à peu près égal), nous avons trouvé douze garçons pour quatre filles. On sait que chez l'adulte la pneumonie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ; mais pas assurément dans une aussi grande proportion.

Quant aux saisons, les quarante cas furent ainsi répartis :

Janvier, cinq ;
Février, deux ;
Mars, sept, dont un de mort ;
Avril, huit ;
Mai, quatre ;
Juin, un ;
Juillet, zéro ;
Août, un ;
Septembre, quatre ;
Octobre, trois ;
Novembre, un ;
Décembre, quatre.

C'est-à-dire que les mois les plus favorables à la pneumonie furent mars et avril, tandis qu'en juillet nous n'en observâmes pas un seul cas et que juin et août n'en offrent qu'un seul.

Les moyens de traitement mis en usage à l'Hôpital des Enfans, sont les mêmes que ceux qui sont employés par la majorité des praticiens chez les adultes.

M. Gérhard, dans son mémoire, a essayé d'en apprécier l'action dans quelques cas. Comme nous pensons que des résultats précis, même en petit nombre, sont préférables à des généralités vagues, qui ne reposent sur aucune preuve, nous donnons ici les résultats de M. Gérhard.

Il a trouvé que dans huit cas, où la saignée du bras fut employée, la durée de la maladie fut de quinze jours et demi.

Dans cinq cas, où l'on n'eut recours qu'aux sangsues et aux ventouses scarifiées sur les parois de la poitrine, la durée fut de treize jours.

Dans trois cas, où l'on ne pratiqua aucune émission sanguine, la durée fut aussi de treize jours.

Dans les douze cas rapportés par moi, la saignée fut toujours pratiquée et plus largement, car M. Guersent est plus partisan de la saignée que ses autres confrères, MM. Jadelot, Bouneau et Baudelocque. Or, dans ces douze cas, la durée fut de quinze jours.

Ainsi donc, d'après ces résultats, on serait tenté de conclure que chez l'enfant, de même que chez l'adulte, la saignée est utile dans le traitement de la maladie, mais que cette utilité est restreinte dans des bornes étroites (*voyez* Mémoire de M. Louis, sur la saignée).

Dans plusieurs cas, (entre autres celui qui fut suivi de mort), le tartre stibié fut donné à haute dose, suivant la méthode de Razori, de quatre à huit grains ; dans d'autres, ce fut l'oxide blanc d'antimoine commencé à douze ou quinze grains dans un loochi blanc, et porté par M. Baudelocque jusqu'à quatre-vingts et au delà. Mais nous ne pourrions présentement rechercher si l'emploi de ces moyens fut de quelque utilité pour la guérison.

Aux émissions sanguines et à l'emploi de l'antimoine, les médecins de l'Hôpital des Enfans ajoutent les sinapismes, les vésicatoires, suivant la gravité du mal. Tous font usage de boissons émollientes, notamment d'une solution de sirop de gomme et souvent de loochs et de potions gommeuses.

Chap. II. *De la pneumonie chez les enfans avant l'âge de six ans.* — Pour bien étudier la pneumonie, pour connaître les symptômes qui lui sont propres, la marche qui lui est particulière, pour bien apprécier sa gravité comme maladie isolée, établir avec netteté ses différentes terminaisons, on convient sans peine qu'il est nécessaire de la considérer à l'état de pneumonie franche, *exquise*, comme disait Galien, c'est-à-dire survenant chez des individus qui sont en pleine santé. Ceci chez l'enfant comme chez l'adulte. Par conséquent l'on doit mettre de côté tous les cas de pneumonie survenant comme complication dans le cours de la rougeole, de la variole, de la coqueluche, ou de quelque autre maladie chronique.

Ce travail ayant été fait par M. Gérhard, il n'a trouvé d'abord, parmi un assez grand nombre d'observations recueillies par lui, que seize cas qui pussent être rangés dans cette catégorie : *De la pneumonie franche chez les enfans avant l'âge de six ans.* Encore, en analysant ces seize observations, il a trouvé qu'elles étaient toutes compliquées soit de tubercules, de rougeole ou de diarrhée chronique ; de sorte qu'il arrive à conclure définitivement que la pneumonie *franche des adultes* est une maladie très rare chez les enfans avant l'âge de six ans ;

qu'à cette époque de la vie, la maladie, que l'on appelle pneumonie, offre des caractères tout à fait particuliers.

J'ai recherché également dans plus de mille observations que j'ai recueillies sur les maladies des enfans, et je n'ai trouvé que onze cas, qui ont été considérés par moi comme des pneumonies franches avant l'âge de six ans. Encore, en examinant de plus près ces observations, j'ai trouvé qu'elles avaient pour sujets des individus affaiblis déjà par quelque maladie antérieure.

Je ne dois pas néanmoins dissimuler que les médecins de l'Hôpital des Enfans croient tous que la pneumonie franche est une maladie très fréquente chez les enfans. Mais, outre qu'ils ont confondu jusqu'à présent les deux nuances que nous avons distinguées, je crois qu'ils arriveront aux mêmes résultats que nous, si, au lieu d'établir leur opinion d'après des souvenirs et des réminiscences, ils veulent bien faire tenir note exactement des pneumonies qu'ils observent.

Ainsi donc, voilà un caractère bien distinctif de la pneumonie franche avant l'âge de cinq ans : c'est que cette affection est très rare à cet âge. Au contraire, la pneumonie, comme complication, est si fréquente, qu'il est bien peu de jeunes enfans qui succombent sans en offrir des traces. M. Guersent, frappé de cette extrême fréquence, a cru devoir considérer cette pneumonie intercurrente comme étant contagieuse à l'Hôpital des Enfans. Quant à nous, nous ne pouvons considérer cette opinion sur la contagion de la pneumonie des enfans, quelque juste respect que nous portions à l'auteur qui l'a émise, que comme une opinion sans preuves. Quelques observations recueillies dans la ville nous porteraient même à penser que la pneumonie y est aussi très fréquente comme complication.

Nous avons vu que la pneumonie franche, après l'âge de six ans, était une maladie peu grave. Au contraire, avant cette époque, la pneumonie est toujours une affection très grave. Dans les seize cas rapportés par M. Gérhard, douze enfans succombèrent.

Dans les onze cas recueillis par moi, il n'y a qu'une seule guérison bien constatée. Un autre enfant fut emporté par ses parens avant d'être guéri.

L'examen des lésions anatomiques, des symptômes, de la marche et de la durée de la maladie, va nous offrir des différences non moins considérables.

D'abord, nous voyons que presque toujours la pneumonie occupe les deux poumons; ce qui est tout à fait le contraire de ce qui a lieu chez l'adulte. Et ce n'est pas seulement dans les derniers momens de la vie que la pneumonie est double : dès le début de la maladie, l'auscultation et la percussion révèlent que les deux organes sont pris à la fois. Les parties des poumons, qui sont le plus ordinairement affectées, sont la partie postérieure des lobes inférieurs, et souvent aussi la partie postérieure et inférieure des lobes supérieurs des deux poumons et du lobe moyen du poumon droit.

Cette altération peut n'occuper que l'épaisseur d'un pouce ou d'un demi-pouce du tissu pulmonaire : souvent on rencontre deux ou trois de ces *noyaux* dans un même lobe, distincts les uns des autres, et séparés par des portions de tissu pulmonaire parfaitement sain : d'où lui est venu le nom de pneumonie lobulée.

Dans quelques cas, l'altération occupait presque tout un lobe, principalement l'inférieur. M. Gérhard a vu les deux lobes inférieurs complétement altérés, au point d'être presque imperméables à l'air. Dans ces cas, dit-il, la gêne de la respiration avait été extrême.

Je n'ai jamais vu un poumon entièrement envahi dans tous ses lobes de haut en bas.

Au niveau des points altérés, le tissu pulmonaire, considéré extérieurement, offre un aspect lisse, les vésicules aériennes n'y sont pas visibles, la coloration est d'un rouge plus ou moins violet, la consistance assez résistante; on ne sent plus aucune crépitation, le tissu pulmonaire donne plutôt une sensation molle et pâteuse. Lorsqu'on incise ces points altérés, la surface des coupes laisse exsuder un liquide rouge-noirâtre semblable à du sang; ou bien, en pressant les parties voisines, une sérosité blanchâtre légèrement écumeuse, mais en général moins abondante que chez l'adulte. Sa coloration est rouge-noirâtre, sa consistance est moindre que celle du tissu sain environnant, mais ni la coloration ni le ramollissement ne sont aussi prononcés que dans l'hépatisation des adultes. Mais cette hépatisation du tissu pulmonaire des enfans (si on peut lui conserver ce nom), diffère surtout de l'hépatisation des adultes, en ce que la surface des coupes ne présente point *l'aspect granulé*, qui est particulier à ce genre d'altération.

Cette altération est généralement circonscrite et tranche avec les parties voisines qui sont saines. Elle affecte ordinairement une forme arrondie ou en noyaux, et c'est pourquoi, ainsi que je l'ai déjà dit, elle a reçu le nom de pneumonie lobulaire.

Suivant que la coloration des points malades est plus ou moins violacée, et leur consistance plus ou moins diminuée, on peut considérer l'hépatisation comme étant au premier ou au deuxième degré.

Mais, quant à un état qui puisse être considéré comme un troisième degré, comparable au troisième degré de la pneumonie des adultes, et qui consisterait en une infiltration de pus donnant au tissu une coloration *jaune paille*, si la pneumonie des enfans arrive à ce troisième degré, ce doit être rarement. Je n'en possède aucun exemple dans mes notes, et je me souviens à peine d'avoir vu quelque chose de semblable. Les observations de M. Gérhard sont encore, à cet égard, d'accord avec les miennes; il dit cependant que dans *un seul cas, in a simple case*, il trouva le tissu pulmonaire *jaunâtre*; mais même dans ce cas il était assez résistant et ne donnait pas de pus par la pression.

Voici ce que je trouve dans l'une de mes observations : *En ce point* (la partie postérieure du poumon), *le tissu est violacé et entrecoupé de points blanchâtres, non granulés, gros comme de petites noisettes, très irrégulièrement arrondis mous, s'enlevant par le grattage du scalpel, et n'étant très évidemment*

ni du pus, ni de la matière tuberculeuse (1).

Les bronches contenaient ordinairement une mucosité spumeuse, blanchâtre, rarement jaunâtre, jamais rouillée ni purulente comme celle des crachats de la pneumonie des adultes. La membrane muqueuse gardait sa transparence, n'était ni injectée ni épaissie, le calibre des bronches n'était pas augmenté ni diminué.

On sait que la complication de la pneumonie par inflammation des plèvres, épanchement de sérosité, ou fausses membranes, complication si fréquente chez les adultes, que la pneumonie en a pris le nom de *pleuro-pneumonie*, est au contraire très rare chez l'enfant. Sur douze cas de pneumonie, cinq fois seulement M. Gérhard trouva des adhérences; toutes étaient celluleuses, fermes, d'ancienne formation. Cette particularité avait été déjà notée par M. Léger et par M. Burnet.

Quatre fois sur douze pneumonies, M. Gérhard a trouvé des tubercules, soit dans les poumons, soit dans les ganglions bronchiques; et moi quatre fois sur onze. Cette proportion n'est pas plus considérable que celle suivant laquelle on trouve l'affection tuberculeuse chez les enfans qui succombent à d'autres maladies. C'est pourquoi nous sommes en droit de conclure que, chez l'enfant comme chez l'adulte, la pneumonie n'est point cause de la phthisie.

Les autres organes, tels que le cerveau, l'estomac, n'ont offert aucune altération secondaire qui pût être considérée comme particulière à la pneumonie. Dans tous les cas, nous avons trouvé un ramollissement blanc de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, mais cette altération existe dans toutes les maladies des enfans qui se prolongent au delà d'une ou deux semaines.

Les symptômes qui, pendant la vie, décèlent les altérations que nous venons de faire connaître sont généralement beaucoup moins caractéristiques avant l'âge de six ans que passé cet âge.

Il n'est pas possible de constater si l'invasion est marquée par un frisson. La douleur de côté, dans la grande majorité des cas, est inappréciable.

(1) Non seulement dans quelques uns des cas de pneumonie, analysés par moi à l'occasion de cet article, mais dans plusieurs autres cas de ces pneumonies compliquées, que j'ai dit être si fréquentes dans le jeune âge, j'ai rencontré une altération du tissu pulmonaire, qui n'est certainement pas l'hépatisation que je viens de décrire, mais dont j'ignore tout à fait la valeur symptomatique. Cet état se rencontre ordinairement le long du bord inférieur du lobe supérieur. Il peut occuper presque tout le lobe moyen, ou bien exister au pourtour de la circonférence de la base du lobe inférieur dans l'épaisseur d'une ligne à un demi-pouce, là le tissu pulmonaire est affaissé plutôt que tuméfié par la présence d'un liquide; sa coloration est violacée; mais sur ce fond violacé on distingue des taches blanchâtres, disposées en carrés ou en damier, qui circonscrivent des lobules. En ce point, on ne sent point de crépitation; l'air paraît être entièrement expulsé; on dirait une portion du poumon d'un enfant qui n'a pas respiré. Cette portion détachée ne surnage pas dans l'eau; elle est dure, nullement ramollie, et, lorsque cette altération existe, en même temps que l'*hépatisation*, on en saisit la différence au premier coup d'œil. Ne serait-ce point un simple résultat de la compression de ces parties du tissu pulmonaire?

Il n'y a point, à proprement parler, d'expectoration; quelquefois il y a des vomissemens de mucosités blanchâtres et glutineuses. Mais jamais ni M. Gérhard ni moi n'avons vu que ces mucosités présentassent rien de semblable à la couleur *rouillée* de la pneumonie des adultes.

La voix ne fut jamais sensiblement altérée; mais la respiration presque toujours était accélérée, d'ordinaire le nombre des inspirations s'élevait de cinquante à soixante-dix. Une fois M. Gérhard en a compté plus de cent par minute. Si le sujet est affaibli, cette accélération est beaucoup moins marquée.

La toux était plus constante. C'est elle qui, dans le plus grand nombre de cas, éveille l'attention. D'abord courte et sèche, elle devient de plus en plus grasse et plus fréquente. Quelquefois elle diminuait de fréquence et d'intensité, et s'éteignait même complétement, lorsqu'une grande portion du poumon se trouvait envahie.

Parmi les signes fournis par l'auscultation, le râle sous-crépitant est sans contredit le plus fréquent. Il s'entend pendant toute la durée de la maladie : ce râle sous-crépitant est à grosses bulles. Jamais, dans la pneumonie des enfans, nous n'avons perçu le râle crépitant à bulles fines et sèches; deux fois seulement M. Gérhard dit avoir trouvé quelque chose d'approchant. Ce râle sous-crépitant s'entend d'ordinaire des deux côtés du thorax.

Après le râle sous-crépitant, la respiration bronchique est un signe d'une grande importance. Ce signe est perçu ordinairement vers la partie moyenne ou supérieure du poumon. Il est plus court que dans l'adulte. C'est le plus souvent une respiration rude, *soufflante*, sans murmure vésiculaire. On en donnerait difficilement une idée à ceux qui ne l'ont pas entendue; il manquait dans le tiers des cas observés par M. Gérhard.

La bronchophonie, à proprement parler, n'est point applicable chez les jeunes enfans : mais il nous semble que le cri, lorsque les poumons étaient hépatisés, offrait un ralentissement particulier qui se rapprochait du bruit ou du cri que fait entendre l'eau quelques momens avant l'ébullition, ou bien du murmure que produisent certains coquillages appliquées sur l'oreille.

La percussion, comme chez l'adulte, fournit un son mat, principalement à la partie postérieure et inférieure, siége habituel de l'hépatisation : comme la pneumonie est ordinairement double, la sonoréité se trouve par conséquent diminuée des deux côtés; c'est pourquoi les personnes qui voudraient, ainsi que cela se pratique chez l'adulte, juger par comparaison de la sonoréité d'un côté avec celle de l'autre, seraient exposées à se tromper; c'est plutôt par souvenir de la sonoréité de l'état normal qui est si prononcée chez les enfans, que l'on appréciera la diminution de cette sonoréité dans l'état morbide. Pour les personnes qui en ont fait une étude convenable, ce signe est très précieux chez les enfans.

Indépendamment des signes que nous venons d'examiner, il en existe d'autres qui méritent d'être pris en considération : tel est le *facies* des enfans. Les enfans atteints de pneumonie

ont la face légèrement bouffie, livide ou irrégulièrement rouge; à chaque inspiration, les narines sont dilatées; les lèvres et quelquefois même les bords des narines sont sèches, rouges, quelquefois saignantes et recouvertes par une croûte qui résulte du sang desséché. Ces symptômes sont d'autant plus prononcés que la marche de la maladie a été plus rapide. Au contraire, lorsque la marche en est lente, la face est pâle, amaigrie comme tout le reste du corps, et les efforts de la respiration sont à peine sensibles, quoique l'obstacle qui résulte de l'hépatisation pulmonaire soit tout aussi considérable.

De tous les symptômes qui ne proviennent point du trouble de la fonction respiratoire, la diarrhée est sans contredit le plus constant. M. Gérhard, excepté une seule fois, l'a toujours notée: sur onze cas, je l'ai toujours trouvée; cette diarrhée existait à la fin de la maladie, assez souvent elle commençait avec le début.

Les vomissemens ont été rarement observés après l'entrée des petits malades à l'hôpital; lorsqu'ils avaient lieu, c'était après les accès de toux.

La soif étant toujours considérable, les enfans buvaient avec avidité chaque fois qu'on leur présentait de la tisanne.

L'appétit était presque toujours nul après un ou deux jours de maladie.

Presque tous les enfans, lorsque la faim était considérable, étaient plongés dans l'assoupissement; ils restaient les yeux fermés et ne pouvaient se tenir sur leur séant, indifférens à tout ce qui se passait autour d'eux-mêmes, à la voix de leurs parens; je n'ai rien observé qui puisse être assimilé au délire.

La peau était toujours sèche et chaude; dans aucun cas je n'ai noté de sueur, non plus qu'aucune éruption particulière.

Quant au pouls, il variait entre cent trente et cent cinquante, étant toujours régulier, peu développé, facile à déprimer, et assez bien en rapport avec la gêne de la respiration.

Marche et durée. — D'après ce que nous avons dit des symptômes, il est facile de conclure que la marche de la pneumonie des jeunes enfans, dans la grande majorité des cas, est lente, car elle survient rarement chez les enfans en bonne santé; au lieu de se manifester par une douleur soudaine et par la gêne de la respiration, son existence reste cachée jusqu'à ce qu'une grande partie du poumon soit hépatisée. Cette marche de la maladie étant aussi insidieuse, il serait difficile d'en fixer la durée, mais on peut dire que la plupart des enfans qui en sont affectés traînent durant un mois ou deux le plus ordinairement. Nous ne trouvons dans nos observations aucun cas de mort survenu rapidement, comme dans la pneumonie des adultes et des vieillards.

La complication de la pneumonie, dans le cours de presque toutes les maladies de l'enfance, est si fréquente, qu'on peut presque toujours annoncer une hépatisation du poumon, sans craindre que l'autopsie ne nous offre *quelque chose* pour justifier ce diagnostic. Voilà pourquoi quelques praticiens ont annoncé que la *pneumonie franche* était si fréquente chez les enfans: c'est qu'ils perdaient de vue la maladie à laquelle avait succédé cette pneumonie, pour ne considérer que l'altération trouvée après la mort.

Diagnostic. — La pneumonie chez les jeunes enfans peut être confondue avec la pleurésie, ou bien avec la bronchite. Mais, pour la pleurésie, on peut dire que cette maladie est infiniment plus rare que la pneumonie, et qu'elle en est distincte surtout par les signes que fournissent la percussion et l'auscultation réunies. La matité du thorax et l'absence de la respiration du côté malade sont beaucoup plus remarquables dans la pleurésie.

Quant à la bronchite franche, soit aiguë, soit chronique, je ne crains pas de dire que cette affection est rarement assez grave pour déterminer les parens à faire entrer leurs enfans à l'hôpital. C'est pourquoi je n'ai pas eu occasion de l'observer à l'Hôpital des Enfans; je ne sache même pas qu'aucun auteur l'ait étudiée particulièrement. On a, jusqu'à présent, regardé comme applicable à l'enfant tout ce qui se disait de la bronchite de l'adulte.

Un autre point assez important dans le diagnostic de la pneumonie des enfans serait de distinguer la pneumonie franche d'avec la pneumonie compliquée. Il est évident, d'après tout ce que nous avons dit précédemment, que cette distinction ne pourra être faite que d'après une enquête sévère de l'état de santé où se trouvait l'enfant au moment de l'invasion de la maladie et de l'examen exact de tous les organes après la mort.

Pronostic. — La pneumonie des jeunes enfans, qu'elle soit franche ou compliquée, est très grave à l'Hôpital des Enfans. Il suffirait de parcourir la table de la mortalité des enfans admis dans cet hôpital de l'âge de deux à cinq ans, pour en avoir une idée exacte. Plus des trois quarts succombent, et presque tous, ainsi que je l'ai dit, offrent des pneumonies compliquées. Quelques faits bien peu nombreux, il est vrai, que j'ai observés dans la ville, me porteraient à penser que la gravité de la pneumonie y est aussi considérable. J'ai cependant souvent entendu professer par M. Guersent, qu'il existait une différence encore assez notable, toute en faveur des enfans traités par lui dans la ville.

Traitement. — Le traitement de la pneumonie, soit simple, soit compliquée, des jeunes enfans, est à peu près le même que celui qui est en usage pour les enfans de la première catégorie; c'est-à-dire qui ont dépassé l'âge de six ans. Ce sont des émissions sanguines, presque toujours à l'aide des sangsues ou des ventouses scarifiées appliquées sur le côté malade. Je n'ai jamais vu la saignée générale être prescrite par les médecins de l'Hôpital des Enfans, ce qui tient à la difficulté d'obtenir du sang par cette voie chez les jeunes enfans.

Le nombre des sangsues est porté chaque fois de sept à huit, et ses applications peuvent être souvent renouvelées trois ou quatre fois.

Les ventouses scarifiées sont particulièrement employées par M. Guersent, qui, d'ordinaire, en fait appliquer trois ou quatre. Malgré l'autorité de ce praticien je ne cache pas que je n'ai pas vu d'assez bons effets résulter de l'emploi de ce moyen, pour me résoudre à l'employer aussi fréquemment. Les

pauvres petits enfans souffrent beaucoup de l'application de ces ventouses ; et je me souviens encore, que deux d'entre eux, à qui je venais d'inciser impitoyablement la peau, entrèrent dans de véritables convulsions.

Les cataplasmes bien chauds, maintenus autour du thorax, et l'usage des boissons émollientes, doivent accompagner les émissions sanguines : lorsque la maladie se prolonge, les révulsifs autour du thorax, ou bien aux extrémités. Dans ces cas, M. Jadelot recommande beaucoup les bains sulfureux, qu'il considère comme le révulsif le plus général et le plus actif. Ce bain sulfureux consiste en quatre onces de sulfure de potasse pour un bain ordinaire d'enfant. M. Gérhard, qui a particulièrement observé dans le service de M. Jadelot, paraît y ajouter quelque confiance

Enfin, j'ai vu l'oxide blanc d'antimoine employé, soit par M. Guersent, soit par M. Baudelocque : j'ai déjà dit que ce dernier le portait à des doses considérables, mais je n'ai pas constaté que ce médicament fût plus efficace qu'aucun autre.

E. Rufz, D.-M.,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

IV. EXPULSION DE QUATRE TÆNIAS PAR L'ÉCORCE DE RACINE DE GRENADIER.

Ce n'est point une nouveauté que d'entretenir des lecteurs de journaux de médecine des propriétés tænifuges de l'écorce de racine de grenadier, mais il est toujours bon de noter les succès qu'on obtient d'un médicament dont la spécificité reconnue depuis un temps immémorial dans l'Inde, et en France depuis douze ans, paraît avoir été contestée par un savant helminthologiste, le docteur Mayor de Genève (Voyez en particulier, *Bul. th.*, 6, 80). L'observation qui va suivre, je la livre à la publicité pour deux raisons : comme une réussite de plus en faveur de l'écorce de racine de grenadier contre le tænia, et aussi comme un cas de plus ajouté à ceux qui ont déjà été publiés de l'*existence en famille* de cette sorte de ver appelé improprement ver solitaire. Permettez-moi à ce sujet de rappeler à quelques uns de vos lecteurs que cette dénomination de ver solitaire ne vient pas positivement de ce que l'on ne rencontre habituellement qu'un seul individu à la fois chez la même personne, mais bien parce qu'on a cru pendant long-temps que cette espèce d'entozoaire habitait toujours seul dans les intestins de l'homme. Il y a moins d'un siècle, qu'un auteur, entre autres helminthologistes de cette époque, Nicolas Andry, a soutenu cette assertion que ne peuvent plus adopter les modernes. Avant de donner l'histoire qui va suivre, je demanderai si l'on doit toujours craindre la reproduction du tænia, lorsqu'il sort sans sa tête ; en d'autres termes si le tubercule resté seul dans le corps de l'homme constitue une portion régénératrice. Chacun peut posséder par devers soi un ou plusieurs cas tendant à résoudre cette question négativement et affirmativement. Parmi les médecins qui se sont occupés de constater l'efficacité de l'écorce de racine de grenadier contre le tænia, je citerai en particulier M. le docteur Gomez, à qui la France est redevable de l'emploi de ce médicament. Ce médecin portugais cite quatre malades qui rendirent des tænias sans tête. Aucun symptôme de reproduction ne se manifesta chez eux.

Maurice, jardinier de l'ermitage de la Madeleine près Fontainebleau, jeune homme de 26 à 27 ans, me consulta en septembre 1834, pour lui indiquer un moyen sûr d'expulser en totalité son ver solitaire, dont chaque jour il rendait plusieurs portions avec les selles.

Je prescrivis l'écorce en question à la dose de deux onces pour une livre et demie d'eau jusqu'à réduction d'une livre. Cette quantité de liquide fut prise dans une journée. L'expulsion simultanée de quatre tænias bien distincts en fut le résultat. Un seul était entier, il portait une tête à forme sphérique, de la grosseur de la tête d'une forte épingle, s'offrant comme un renflement, un tubercule. Les trois autres manquaient de ce tubercule, mais leur col était aussi filiforme que celui du ver qui en était pourvu. Les quatre réunis présentaient une longueur de 41 pieds, en tout semblables, quant à la disposition de leurs cucurbitains, et rentrant dans la même espèce désignée sous les noms de tænia armé ou cucurbitain, Solium de Linnée, etc.

Depuis lors, l'état de Maurice est devenu meilleur. Tous les symptômes qui se rattachaient à la présence *de ces vers solitaires* ont disparu pour faire place à une santé parfaite.

Allaire,
D.-M. P., à Hérivy-sur-Seine.

V. OBSERVATION SUR UN RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE, DÉTRUIT PAR LE CATHÉTÉRISME FORCÉ.

Tous les traités de chirurgie moderne conseillent, pour pratiquer le cathétérisme, l'emploi des grosses sondes, lorsque l'urètre est libre. « Elles entrent plus facilement, exposent « moins à faire de fausses routes ou à pénétrer « dans celles qui sont faites, et causent moins « de douleurs que les sondes d'un petit diamè- « tre. Mais, quand il y a des embarras avec du- « reté dans le canal, les petites sondes sont « préférables (Boyer, *maladies chirurgicales*, « tome IX, page 190). » Ce célèbre praticien conseille un peu plus loin l'emploi des *petites sondes coniques et presque pointues*, quand l'urètre est retrécie et presque entièrement fermée par des duretés calleuses. Au dire du même auteur, Desault avait acquis une grande habileté dans le cathétérisme ; car, non seulement il sondait les malades que d'autres chirurgiens n'avaient pu sonder, mais encore pendant tout le temps qu'il exerça la chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Paris, il ne trouva qu'un seul cas où il fut forcé de faire la ponction de la vessie pour une rétention d'urine, causée par un rétrécissement. Ce grand chirurgien excitait la

surprise de ses contemporains en se servant pour franchir des obstacles contre lesquels les bougies les plus fines avaient échoué, *d'une sonde ordinaire très solide et de la grosseur des algalies d'enfant.* Avant M. Mayor, aucun chirurgien, que je sache, n'avait prescrit d'augmenter la grosseur de la sonde, en raison du plus de résistance éprouvée; et ce praticien, recommandable à tant d'autres titres, a rendu, selon moi, un nouveau service à la science et à l'humanité, en facilitant la pratique du cathétérisme, qui pourra probablement ne pas réussir, ainsi qu'il le croit, dans tous les cas de rétrécissemens, mais qui sûrement sera suivie de succès dans le plus grand nombre. Aussi, le désir d'être utile, en appelant l'attention du public médical sur une méthode qui, mieux connue, devra trouver plus de partisans que de détracteurs, m'a-t-il seul engagé à lui faire part de l'observation suivante :

M. D....., anglais, âgé de quarante-sept ans, adonné à l'usage journalier des boissons alcooliques, ayant eu déjà plusieurs blennorrhagies, en contracta une nouvelle en novembre 1831, que des écarts de régime firent durer deux mois, et une dernière en avril 1834, qui disparut après un mois de traitement. Dans l'un et l'autre cas, le copahu et le cubèbe furent seuls prescrits et purent me dispenser d'avoir recours aux injections, qui jamais n'ont été employées chez le malade dont il s'agit. L'émission des urines qui était depuis long-temps longue et difficile, devint encore plus pénible après le dernier traitement. Le jet diminua progressivement de grosseur; souvent M. L..... ne pouvait uriner que goutte à goutte, avec des efforts violens et de très vives souffrances. Vaincu par la douleur, et espérant trouver un soulagement à ses maux, le malade se confia aux soins d'un chirurgien de Jersey, sa résidence habituelle. Celui-ci, après six semaines de tentatives, n'était parvenu à passer qu'une bougie n° 1, et de son propre aveu avait fait fausse route, quand le malade, désirant une guérison plus prompte, partit pour Paris, et vint y réclamer mes soins, décidé qu'il était à recourir au docteur Fowler, le Decamp de l'Angleterre, si j'échouais comme mon devancier de Jersey.

Je le vis le 17 mai 1835; alors la difficulté d'uriner est la même, et M. L....., qui redoute beaucoup la cautérisation, étant cependant résolu à tout souffrir pour recouvrir promptement la libre et facile émission de ses urines; le traitement commence de suite.

Une bougie pleine, n° 2, introduite avec facilité jusqu'à six pouces et demi, est arrêtée là et semble pincée comme dans un étau; mais en la faisant vriller entre mes doigts, je sens qu'elle glisse peu à peu, et avec quelques efforts, je suis assez heureux pour pénétrer dans la vessie, dès la première exploration. Cette bougie est laissée en place pendant une demi-heure, et l'urine sort plus aisément pendant cette première journée.

Le 18, la même bougie pénètre jusqu'à six pouces quatre lignes, mais ne peut aller au delà, et quoique jugeant à la direction que son bec va constamment se loger dans une fausse route, tous mes efforts et explorations dont j'étudie les effets ne peuvent me faire retrouver la véritable; le malade souffre et je cesse mes tentatives, de crainte de développer une inflammation, que son tempérament nerveux et irritable me fait redouter (boissons délayantes, bains généraux).

Le 20, un porte-empreinte, de petite dimension, est arrêté à la même hauteur que ci-dessus; mais la cire trop dure s'est déformée à la sortie et fait un coude avec le porte-empreinte. Ramollie dans l'eau chaude et introduite de nouveau, j'obtins enfin une empreinte bien faite composée de trois tiges, dont deux le touchent presque, et ont, l'une deux lignes et demie de longueur sur une de diamètre; l'autre une ligne et demie de longueur; la troisième saillie, peu développée et comme mamelonnée, est située au dessous de la première, et fait, pour ainsi dire, triangle avec les deux autres. Cette empreinte, qui offre une assez grande analogie avec celle n° 9, deuxième planche de l'excellente monographie du professeur Lallemand sur les *maladies des organes génito-urinaires*, me porta à penser que, comme dans l'observation qui s'y rapporte, la tige la plus longue était celle qui correspondait au canal de l'urètre, que les deux autres représentaient les fausses routes dans lesquelles ma sonde se fourvoyait si souvent, et je me disposais à détruire ce rétrécissement avec l'appareil à cautériser du professeur de Montpellier, quand M. L....., à qui un de ses compatriotes avait singulièrement exagéré les dangers de la cautérisation, me déclara positivement qu'il s'y refusait et préférait subir le traitement beaucoup plus long de la dilatation par les bougies.

Le 21, au moyen d'une bougie conique, n° 2, inférieurement, et n° 3 dans son plus grand diamètre, je parvins, sans beaucoup de tâtonnemens, à franchir l'obstacle. Même résultat le 22, avec une bougie creuse, n° 3, garnie d'un mandrin légèrement recourbé et enduite d'une préparation faite avec une partie d'extrait de belladone sur six d'axouge.

Le 23, tous mes efforts furent infructueux, et il me fut impossible de retrouver la bonne voie.

Les 24, 25 et 26, je dus laisser reposer mon malade, chez qui s'était développée une assez vive inflammation urétro-vésicale, qui céda promptement aux cataplasmes, bains généraux, régime, etc.

Le 27 et jours suivans, jusqu'au 1er juin, les résultats changent peu; tantôt je parviens à la vessie, et tantôt j'échoue, mais moins souvent cependant : une bougie creuse, n° 3, passe même maintenant avec plus d'aisance; mais le n° 3 fort ne peut franchir l'obstacle et détermine beaucoup de douleur.

Telle était ma position au 1er juin, et je n'avais pu jusqu'ici répondre au désir du malade d'être informé de la fin présumable d'un traitement que je prévoyais être encore fort long, les moyens que j'avais de l'abréger par la cautérisation m'étant interdits, quand le hasard me fit trouver chez mon maître et ami le professeur Marjolin, la brochure de M. Mayor, *sur le cathétérisme forcé*, qu'il a depuis publié en entier dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. II, p. 345, et t. III, p. 1; le ton de franchise qui règne dans ce petit écrit, les raisonnemens pleins de force, de logique et de vérité qui s'y trouvent, les faits clairs et pré-

cis sur lesquels ils s'appuient, tout enfin me décida à employer la méthode qui y est préconisée; et m'étant le même jour fourni, chez M. Charrière, de la série des sept cathéters du chirurgien de Lausanne, je me rendis le lendemain, 3, chez M. L....., pressé d'essayer à mon tour si l'effet répondait à la promesse de leur auteur.

Mon malade, d'abord effrayé de la grosseur desdits instrumens, ayant facilement compris l'explication que je lui donnai de leur marche dans les canaux rétrécis, consentit de suite à en essayer l'emploi. Le cathéter, n° 2 *ou* 11 *de la filière ordinaire*, introduit avec assez d'aisance jusqu'au delà de la courbure, est arrêté à l'obstacle situé à six pouces et demi; je suis à la lettre l'indication donnée par M. Mayor, en poussant hardiment, mais lentement; la grosseur de l'instrument me rassure suffisamment d'ailleurs sur la crainte d'augmenter la largeur des fausses routes dans lesquelles il ne peut pénétrer, et je sens évidemment, au bout de quelques minutes, le bec du cathéter, qui se trouve véritablement comme enclavé, franchir deux sortes de brides et avancer très lentement, mais progressivement dans l'urètre, qui semble positivement se déplisser devant lui; quelques légers efforts encore et un jet d'urine viennent enfin m'annoncer que j'ai pénétré dans la vessie. M. L....., qui a senti l'instrument franchir l'obstacle, et a maîtrisé, sans dire mot, la douleur très vive qu'il a ressentie, crie: *huzza*, en voyant la difficulté vaincue, et le cathéter, laissé en place pendant un quart d'heure, ne peut être retiré qu'avec effort et semble amener la partie rétrécie avec lui, tant il s'y trouve serré (bain tiède, urines faciles).

L'absence de toute irritation m'engagea le lendemain, 4, à repasser le même n° 2, qui pénétra et sortit avec beaucoup plus de facilité que la veille. Le 6, après introduction préalable du n° 2, je passai avec assez d'aisance, mais non sans un peu de douleur, le n° 3, et de ce jour au 20 juin, agissant de la même manière pour les n^os^ suivans, j'ai rarement eu besoin de plus d'un jour de repos, et suis ainsi parvenu au n° 5, quatre lignes de diamètre, ou n° 14 de la filière ordinaire. La plus vive douleur éprouvée par le malade résulte de la distension du méat urinaire, naturellement étroit; aussi, par cette raison, n'a-t-il jamais voulu consentir à l'intromission du n° 6 et dernier.

J'ai laissé à M. L..... un cathéter, n° 2, qu'il introduit maintenant seul, et lui ai recommandé de le passer une ou deux fois par mois, et aujourd'hui, 1er juillet, il urine à plein jet et ne se plaint plus que d'un peu de chaleur au méat urinaire lors du passage de l'urine.

A. Henry, *de St.-Arnoult*, D.-M. P.

VI. HÉMÉRALOPIE SYMPATHIQUE OBSERVÉE CHEZ UN ENFANT DE ONZE ANS, ET DUE A LA PRÉSENCE D'ENTOZOAIRES DANS LE TUBE INTESTINAL.

Le 17 avril 1834, je fus appelé près du nommé Louis Pauvert, demeurant à la Basse-Eturcie, près la Flèche, pour lui donner mes soins.

Cet enfant est âgé de onze ans, d'une taille assez élevée, d'un tempérament sanguin, à formes musculaires assez développées, et portant sur ses traits les traces d'une bonne santé. Au moment où je le vis pour la première fois, il venait d'arriver de l'école, distante d'environ un quart de lieue, et toute la journée il avait vaqué à ses occupations ordinaires sans ressentir la moindre souffrance.

Je l'interrogeai sur son état; il me répondit qu'il n'éprouvait *aucun mal*, que seulement depuis plusieurs jours, au moment où le soleil s'abaissait sous l'horizon, les objets lui semblaient se recouvrir d'un nuage qui peu à peu augmentait d'épaisseur, au point de ne bientôt plus lui permettre d'apercevoir les objets qui l'entouraient.

Il était sept heures du soir au moment de ma visite, et déjà il ne voyait plus autant, et à mesure que le jour baissait, la vue allait en s'affaiblissant, à tel point que bientôt il ne distingua plus rien; de sorte qu'en marchant il allait se frapper contre les meubles qu'il n'apercevait plus.

J'examinai alors les yeux du petit malade, et je les trouvai dans l'état suivant: aucune trace de rougeur ne se fait remarquer sur les paupières et la sclérotique; la pupille est largement dilatée et immobile; on approche en vain des yeux du malade une lumière artificielle, il n'en reçoit aucune impression; la pupille ne se contracte pas. Cet état persévère jusqu'au lendemain matin cinq heures, et alors la pupille de se contracter, de se rétrécir et le malade d'apercevoir la lumière.

L'état général du malade n'offre rien de particulier; le pouls est régulier, la langue est naturelle, sauf cependant une légère rougeur qu'on remarque à la pointe; les fonctions intellectuelles sont entièrement libres, et le malade n'accuse aucune céphalalgie. A quoi donc attribuer une semblable affection? Etait-elle due à un état de saburre, comme l'a avancé Scarpa? Je ne le pensai pas, car l'enfant conservait son appétit naturel, n'avait pas de dégoût, la langue n'était pas recouverte d'un enduit muqueux blanchâtre ou jaunâtre; il n'y avait eu ni nausées ni vomissemens. Et comment d'ailleurs expliquer la périodicité? On ne pouvait pas plus l'attribuer à une congestion céphalique; il n'y avait ni céphalalgie, ni vertiges, etc. Je ne pouvais non plus l'attribuer à la position humide du lieu, ni à la mauvaise nourriture de l'enfant; car l'habitation est située dans un lieu sec et aéré, et la nourriture donnée à l'enfant est très saine.

Il fallait donc rechercher une autre cause. Je ne savais où la trouver, aussi me bornai-je d'abord à faire une médecine expectante, pensant que quelques nouveaux symptômes me la dévoileraient, en mettant au surplus tous mes soins à observer l'enfant.

Deux jours de suite je me transportai à la même heure chez ce malade, et toujours les mêmes symptômes se firent remarquer, sans cependant offrir d'intensité, mais non plus sans présenter aucun indice qui pût me faire deviner la nature du mal que j'observais. Enfin, après avoir interrogé les parens sur tout ce que l'enfant avait éprouvé dans un âge moins avancé,

j'appris d'eux qu'il avait été sujet à *rendre des vers*. Je pensai aussitôt que cette cause pourrait encore ici jouer le principal rôle, et rassuré d'ailleurs par la méthode de Scarpa qui, dans cette maladie, a beaucoup vanté les dérivatifs sur le tube intestinal, je fis prendre à l'enfant une once et demie d'huile de ricin, en faisant bien la recommandation aux parens d'examiner les selles.

Le 21, la médecine a procuré une abondante évacuation, et parmi les matières rendues se rencontrent dix ascarides lombricoïdes. Le soir même l'enfant paraît voir plus long-temps.

Le 22, émission encore de quelques ascarides; la vue est sensiblement prolongée.

Le 24, au lieu de l'obscurité dans laquelle le malade se trouvait plongé au moment du coucher du soleil, un léger nuage maintenant lui couvre la vue, mais lui permet d'apercevoir les objets peu distans. — Pédiluves sinapisés; une once de manne en larmes dans une tasse de lait.

Le 29, l'enfant ne s'aperçoit presque plus de son indisposition; la vue est encore faible.

Le 4 *mai*, l'héméralopie n'existe plus; l'enfant peut voyager le soir.

ALANÇON, D.-M., *à la Flèche.*

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, *par* Auguste BONNET, D.-M. P., *ex-président de la Société médicale de Bordeaux* (1).

Les médecins qui ont marqué leur siècle au coin du progrès y sont parvenus, parce qu'ils ont compris leurs devanciers et en ont continué les travaux au point laissé sur l'ancienne base. Entreprendre de reconstruire l'édifice médical, au lieu de le continuer, chacun pour notre part, sur les fondemens que le temps a respectés, c'est folie; c'est nous déshériter nous-mêmes des acquisitions que nous ont léguées les pères de l'art; et pour nous faire une bonne méthode, nous n'avons pas de plus sûr moyen que de confronter nos observations progressives avec celles des maîtres qui se sont déjà succédé.

Tel est l'esprit qui nous a dirigé dans la lecture du *Traité des fièvres intermittentes*. Le docteur Bonnet commence par examiner de nouveau la nature, le siége, les causes, les symptômes et le traitement de ces fièvres; ensuite il prend ce qui a été bien fait par les modernes et les contemporains, et il met ses observations particulières en harmonie avec celles de ces praticiens qui lui paraissent les meilleures.

En général, les fièvres intermittentes se ressemblent par trois stades bien marqués, quoique d'une durée et d'une intensité très variables. Plusieurs causes favorisent les rechutes, qui ne reproduisent pas toujours les accès avec le même type; il y a des semaines où les rechutes sont plus à craindre, par exemple, la seconde semaine pour la fièvre tierce et la troisième pour la fièvre quarte. Il est convenable de distinguer les fièvres d'accès en *vernales* et en *automnales*, plus encore en *bénignes* et en *pernicieuses*.

La fièvre intermittente bénigne est susceptible d'être compliquée d'un excès de bile, d'une affection inflammatoire ou muqueuse; au delà, elle prend le nom de pernicieuse: telle l'intermittente adynamique, ataxique, etc.

L'auteur ne veut pas que l'on confonde les intermittentes *ataxiques* avec les *anomales*. Celles-ci ont des accès d'une durée extraordinaire, quelquefois de plus de soixante heures, et reviennent à des époques déterminées, ce qui n'arrive pas à celles-là. Il divise les anomales en cinq séries: 1° accès longs et intenses; 2° un ou deux stades accoutumés; 3° interversion des stades; 4° les phénomènes fébriles ne se développent que sur une partie, telle que la moitié de la tête, un bras, les deux jambes ou une seule, les pieds, etc. Le frisson, la chaleur et la sueur s'y montrent avec leur succession et leur durée ordinaires; 5° les *fièvres larvées*.

Ces dernières affections ont pour caractère particulier de ne présenter ni frisson, ni chaleur, ni sueur, mais seulement un symptôme plus ou moins grave qui se reproduit à des intervalles déterminés.

L'*hemivritée* des Anciens avait le premier jour un accès; le second jour deux accès, dont l'un plus fort que l'autre; le troisième jour un accès correspondant au premier jour; le quatrième jour deux accès semblables à ceux du second jour, et ainsi de suite.

A quel ordre touchent les fièvres rémittentes? à celui des intermittentes, attendu qu'elles n'en diffèrent que par la continuité, présentant du reste les mêmes symptômes, suivant la même marche et affectant la même terminaison.

Etiologie. — La fièvre intermittente se manifeste de préférence dans les pays bas, humides et marécageux, dans le voisinage des lacs, des étangs, des marais et des rivières dont les eaux coulent lentement et contiennent beaucoup de vase. Les gaz méphitiques qui s'élèvent des eaux stagnantes le soir; les pluies d'automne, plus que celles du printemps, le mauvais régime, l'état de sommeil, les exhalaisons miasmatiques des matières animales en décomposition des canaux ou des fossés qu'on creuse, des marais, surtout en été, ou dans les pays chauds, sont connus pour être les causes les plus fréquentes, mais non les seules des affections périodiques fébriles.

Les fièvres pernicieuses même ne doivent pas toujours leur origine aux effluves des marais. Le froid humide, la frayeur, la colère, etc., peuvent les déterminer. On a remarqué que les individus porteurs d'une phlegmasie chronique des voies digestives, des poumons ou de quelque autre viscère important, sont attaqués de préférence et les premières victimes des épidémies.

La fièvre intermittente n'est pas contagieuse.

(1) Chez Baillère, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Plus elle est ancienne, plus elle est difficile à guérir. La rechute est plus à craindre quand la maladie a cédé aux moyens de l'art, que lorsqu'elle a cessé d'elle-même. On doit surtout craindre le retour des accès, tant que l'urine continue à déposer un sédiment briqueté.

Traitement. — Intermittente simple. — Toute fièvre d'accès est constamment nuisible, il faut donc chercher à en arrêter le cours le plus tôt possible. On commence par écarter les causes qui l'ont déterminée, autant que possible. Nous ne pouvons accorder cette urgence de médication avec la précaution de pallier les accès avant de les couper, à moins que ce ne soit dans l'espoir que ces palliatifs tels que les vomitifs, les drastiques, pourront passer le but et couper la fièvre, comme cela arrive fréquemment dans les intermittentes vernales.

Le quinquina est le spécifique de la fièvre intermittente, qui, du reste, peut cesser d'elle-même ou par les remèdes les plus singuliers, capables d'agir sur l'imagination.

A quelle époque faut-il administrer le quinquina? dans l'intervalle qui sépare les accès, répond l'auteur, et en proportions inégales, la plus forte huit ou dix heures avant l'accès, les autres à des intervalles égaux, et de telle sorte que la totalité de la dose se trouve consommée une ou deux heures avant l'époque présumée du retour de la fièvre. Nous lui demandons alors pourquoi dans la fièvre intermittente pernicieuse il faut prendre tout le quinquina immédiatement après la cessation d'un accès, à l'exemple de Torti.

Fièvre intermittente pernicieuse. — Un point de doctrine encore plus important, c'est de savoir à l'issue de quel accès il faut prendre le quinquina. Mais la question est résolue par le caractère de la fièvre même, et le médecin de Bordeaux a beau se déclarer avec le professeur Alibert, partisan de Finke, qui commençait par évacuer la bile; de Senac, qui faisait d'abord succéder les vomitifs à la saignée, dans l'embarras des premières voies, nous prendrons l'auteur par ses propres paroles; il dit, page 54 : *les fièvres pernicieuses sont extrêmement dangereuses et prennent une marche rapide, lorsqu'on ne se hâte pas d'en arrêter le cours; les malades meurent ordinairement dans le troisième ou quatrième accès*, et le médecin ne peut guère reconnaître ces fièvres. Que de malades passent pour être morts d'apoplexie, de choléra-morbus, de fièvre cérébrale, parce que le médecin appelé après le premier ou le second accès, a voulu savoir, avant de donner le quinquina, quel était le type de l'intermittence ou préparer l'économie à l'action des fébrifuges par la saignée, ou les vomitifs! ne pas marcher sur les traces de Torti, c'est s'égarer, c'est se préparer les regrets les plus cuisans : nous parlons ici en praticien. Donnons donc le quinquina à haute dose à l'issue de l'accès reconnu.

Point de maladie qui constate mieux la puissance de la médecine que la fièvre intermittente. Le professeur Dumas a guéri une épilepsie après l'avoir transformée en fièvre intermittente; le professeur Broussais parle d'un de ses amis qui éprouvait des accès de fièvre toutes les fois qu'il se faisait appliquer quelques sangsues. D'après cette dernière donnée, le docteur Bonnet commence par convertir la fièvre rémittente en intermittente au moyen de sangsues appliquées une ou plusieurs fois sur l'épigastre; et lorsque la fièvre consiste dans une irritation gastro-intestinale, ce qui a lieu très souvent, selon lui, la maladie cède au quinquina; malheureusement il ne produit qu'une observation de ce genre.

Fièvre larvée. — L'auteur estime qu'il est bien presque toujours de faire précéder l'emploi du sulfate de quinine par celui des antiphlogistiques; mais puisque le symptôme dominant n'existe que pendant un stade, puisque par exemple l'ophthalmie n'existe que pendant le stade de chaleur de la fièvre larvée, n'est-il pas rationnel de faire prendre la quinine sans s'occuper de l'ophthalmie particulièrement? *sublatâ causâ, etc.* Nous dirons à cette occasion que la quinine est ici d'un effet plus sûr que le sulfate de quinine; nous l'avons constaté sur un soldat affecté d'une fièvre larvée caractérisée par des convulsions épileptiques survenues depuis un mois à la suite d'un mouvement de colère.

L'auteur termine son ouvrage par un formulaire de fébrifuges. Nous regrettons de ne pas y trouver la formule du bain de quinquina, qui est quelquefois le seul moyen d'administrer le fébrifuge. Pour remplir cette lacune, voici la composition de ce bain que nous avons employé de nécessité trois fois avec un plein succès dans la fièvre intermittente pernicieuse. Dans cinq pintes d'eau bouillante projetez deux livres de quinquina pulvérisé, remuez pendant quelques minutes, et versez dans une baignoire garnie d'un drap, et dans laquelle vous aurez mis d'avance de l'eau tiède : le malade y reste une demi-heure ou trois quarts d'heure; on renouvelle ce bain une fois, deux fois, puis on en vient aux bains de siége avec des doses décroissantes de quinquina.

Il est présumable que, si le malade ne peut retenir aucune préparation de quinquina dans l'estomac ni dans les intestins, notre mode d'administration sera d'un effet plus sûr que la méthode endermique qui consiste *à mettre le sulfate de quinine sur le derme mis à nu, ou à l'employer en frictions sur les gencives et à la partie interne des lèvres.*

Nous devons remercier M. Bonnet de la bonne monographie qu'il vient de donner au public médical Bien que nous ne partagions pas toutes ses idées de détail, nous trouvons toujours en lui le médecin qui a vu, qui a lu et réfléchi; et si nous en avions eu besoin, le *Traité des fièvres intermittentes* nous eût fourni une preuve de plus que la province ne manque pas d'hommes capables d'approfondir les différens points de la science. V.-O. Gouraud, *père*, D.-M. P.

—

MÉLANGES DE CHIRURGIE PRATIQUE. — EMPLOI DE L'EAU PAR LA MÉTHODE DES AFFUSIONS, ETC., ETC.; *D'après la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, et les leçons de M.* JOSSE *père; par M.* JOSSE *fils.* (Un volume in-8°, chez Béchet jeune. Paris.)

Paris peut à bon droit être appelé la ville

médicale de la France. C'est dans son sein que s'élabore le plus grand nombre des ouvrages, et que se pratique la presque totalité des opérations qui font la gloire de l'art et le soulagement de l'humanité. C'est dans ses hôpitaux qu'on trouve à observer le plus de maladies, les plus rares et les plus rebelles qui affligent notre espèce. C'est de Paris que partent tous les jours de nombreux journaux, qui, comme autant de canaux, font circuler dans le monde entier les productions de l'esprit et du génie, en énoncent le sujet, en jugent le mérite par les analyses raisonnées qu'ils en donnent. Toutefois, si l'on ne peut nier ces vérités, et si Paris est le foyer central d'où partent les innombrables rayons qui portent la lumière jusque dans la plus obscure bourgade, il est juste de reconnaître que plus d'une ville secondaire de notre belle France réfléchit vers ce centre une clarté non moins vive; et, pour ne citer ici que les plus connues, Montpellier, qui possède une école, long-temps la première du monde, oppose ses professeurs, ses élèves et ses praticiens aux professeurs, aux élèves et aux praticiens de la capitale; Strasbourg, dont l'école, moins fameuse et moins fréquentée, est cependant peuplée de professeurs distingués et de travailleurs infatigables; Lyon, dont les hôpitaux, grâce au mode d'élection adopté par eux, ont toujours été dirigés par des chirurgiens de haut mérite et par des médecins non moins instruits; Lyon, qui s'enorgueillit d'avoir été la patrie des Poutean, des M. A. t. Petit, etc., et ajoute à la série de ces noms illustres les noms des Bouchet, des Gensoul, des Brachet, etc.; et Rouen, qui a dans M. Flaubert un digne successeur de Lecat et de David; Tours, que M. Bretonneau a rendu célèbre dans la géographie médicale de la France. Toutes ces villes, et plusieurs autres qu'il serait trop long de mentionner ici, apportent chaque jour à la science le tribut de leurs recherches pénibles et de leurs savans travaux. Amiens, jusqu'ici, n'était connu que par les ouvrages dont un médecin aussi exact observateur que bon écrivain, M. Barbier, a enrichi la matière médicale et la nosologie; il peut aujourd'hui se glorifier, à juste titre, de posséder un chirurgien tout aussi instruit dans son art, tout aussi bon observateur que le médecin qui, seul auparavant, faisait la gloire du pays. M. Josse père peut, comme chirurgien, être placé à côté de M. Barbier, médecin; la chirurgie de l'hôpital d'Amiens marche l'égale de la médecine; c'est, du moins, ce que nous a prouvé la lecture du livre dont nous avons à rendre compte.

Ce livre, écrit par M. Josse fils, contient quatre mémoires sur différens points de chirurgie qui intéressent à un haut degré les praticiens, et généralement tous ceux qui se tiennent au courant de la science. L'un de ces mémoires a pour sujet la gangrène spontanée; un autre la guérison des luxations spontanées par l'extension continue; un troisième les luxations de l'articulation tibio-tarsienne. Le plus important de l'ouvrage, celui qui surtout attire l'attention du lecteur par le développement que l'auteur lui a donné et par la nouveauté de son sujet, est relatif à l'emploi de l'eau froide dans le traitement de plusieurs maladies chirurgicales, telles que les plaies simples et les plaies contuses, les brûlures, le phlegmon, etc. Ce mémoire, riche de faits bien observés, de vues neuves et ingénieuses, fort bien pensé et fort bien écrit, nous paraît devoir faire époque dans la thérapeutique chirurgicale. Nous allons nous y arrêter, pour en donner une analyse succincte. Tout le monde sait que l'eau froide est employée depuis des siècles en chirurgie. Nous ne pouvons rapporter ce que pensaient de son application Hippocrate, Galien et Celse, dans les temps anciens; Guy de Chauliac, Lombard, et plusieurs chirurgiens du moyen âge ou de notre époque; car cette application de l'eau froide a constitué de tout temps un remède vulgaire dans le traitement de l'entorse, des brûlures, etc. Mais nous devons faire remarquer qu'on s'était jusqu'ici toujours contenté de l'effectuer soit en couvrant les parties malades avec des linges imbibés d'eau qu'on renouvelait plus ou moins fréquemment, soit en plongeant les membres entiers dans un bain froid; moyen insuffisant, souvent dangereux, en ce que, n'étant que momentanément appliqué, une réaction inflammatoire suit toujours de près l'action répercussive du topique. Nous insistons sur ce point, parce que c'est dans l'indication détaillée des phénomènes morbides qui surviennent dans ce cas, et dans la substitution d'un moyen plus efficace et plus rationnel, qu'est le progrès. Ce moyen est *l'irrigation continue d'un courant d'eau froide* à la surface ou dans le voisinage de la partie malade; et c'est sans aucun doute à M. Josse père, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, qui l'emploie depuis plusieurs années, qu'est due cette importante innovation.

Voici comment il l'exécute : 1° un vase portant près de son fond un robinet, rempli d'eau, et placé sur une table étroite, est élevé auprès du lit du malade, de manière à ce qu'il soit d'un pied et demi environ au dessus du membre blessé; 2° une toile cirée, étendue sous celui-ci, est destinée à garantir le lit, et à faciliter l'écoulement de l'eau, qui est reçue dans un autre vase qu'on a placé près du lit à cet effet, et dans lequel on fait descendre l'extrémité de la toile cirée; 3° une ou plusieurs compresses, négligemment posées sur la partie malade, reçoivent le courant d'eau, et le dispensent sur une grande surface, en même temps qu'elles en facilitent l'évaporation. Tel est l'appareil très simple que M. Josse décrit, et qui peut être modifié, suivant l'état des parties malades, suivant la position la plus commode aux malades, suivant qu'ils sont entourés de soins plus ou moins assidus, suivant enfin que le chirurgien trouve à sa disposition des ressources plus ou moins étendues dans les objets usuels qui l'entourent. M. Josse rapporte un grand nombre d'observations où l'emploi de ce moyen, sagement dirigé contre des phlegmons, des brûlures, des érysipèles, des plaies, des fractures, a amené des guérisons inespérées. Ce praticien affirme même que, quelle que soit la gravité des désordres dans les plaies contuses, on peut, par les affusions, maîtriser toujours assez puissamment les réactions inflammatoires, pour ne plus avoir besoin de recourir à l'amputation immédiate.

Dans un mémoire sur la luxation complète de l'articulation tibio-tarsienne, quand cette luxa-

tion n'est pas compliquée de plaies des tégumens et de l'issue des os à travers ces plaies, et à plus forte raison dans celles qui offrent cette double complication, M. Josse, frappé de la gravité presque constante des accidens qui les accompagnent ou qui les suivent, accidens qui, selon notre auteur, tiennent surtout à l'extension des muscles de la jambe; instruit par l'expérience de la difficulté qu'on éprouve à réduire ces luxations, et surtout à les maintenir réduites; reconnaissant, en outre, que cette réduction est une méthode hasardeuse et souvent funeste, M. Josse propose d'avoir recours de prime abord à un moyen que beaucoup de praticiens répugneront sans doute à employer : c'est la résection de l'extrémité inférieure du tibia, opération généralement grave, mais qui, dans les mains de ce chirurgien, a eu de beaux succès, puisque sept sujets, affectés de luxation complète, compliquée de l'ouverture de la capsule articulaire, et traités par la résection médiate ou immédiate du tibia, ont guéri. Malgré ce succès, nous ne croyons pas qu'il soit prudent d'appliquer cette opération au traitement des luxations non compliquées de plaies, et surtout de l'appliquer avant d'avoir cherché à réduire les os déplacés. Nous l'adoptons volontiers pour les cas contraires, encore nous semble-t-il plus simple de faire l'extraction de l'astragale; car, s'il est vrai que les accidens tiennent à l'extension des muscles, l'extraction de cet os amenera aussi bien le raccourcissement du membre que la résection de l'extrémité du tibia, et il y a une grande différence de gravité entre ces deux opérations. — Dans un autre mémoire, relatif au traitement des luxations spontanées du fémur, par l'extension continue, on trouve la description d'un nouvel appareil, que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens emploie dans sa pratique, et qu'il a déjà fait connaître dans le répertoire d'anatomie et de physiologie de M. Breschet. D'autres pages sont consacrées à faire valoir les avantages qu'il y a à lever tardivement le premier appareil à la suite des amputations et des plaies simples; à ouvrir prématurément les abcès, et à pratiquer l'amputation avant la limitation de la gangrène dans certains cas. En résumé, ce livre clairement écrit, est comme l'inventaire de l'héritage scientifique que M. Josse père transmet à son fils, et que ce dernier étendra, sans aucun doute, s'il veut mettre à profit l'intruction solide et le bon esprit dont il fait preuve dans tout le cours de son ouvrage.

A. Lenoir,
Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

—

ESSAI HISTORIQUE SUR DUPUYTREN, par Vidal (de Cassis), *professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, orné d'un portrait de* Dupuytren (1).

Voici une brochure avec laquelle nous sommes en retard, mais qui ne sera pas lue aujourd'hui avec moins d'intérêt que le jour même de sa publication. M. Vidal s'est efforcé de tracer en quarante pages le caractère de Dupuytren, et de rendre l'impression qu'a produite sur nous tous l'homme dont le nom est si grand dans la chirurgie française. L'auteur prend Dupuytren à l'âge de trois ans, sur la place de Pierre-Buffière, son pays natal, d'où il est enlevé par une riche voyageuse, bientôt obligée de le rendre aux réclamations de son père; puis nous le montre emmené par un officier, également épris de sa physionomie et de son regard et plus heureux que la grande dame, arrivant à Paris, y recevant au collége de la Marche une éducation libérale, et, de là, mettant sa vie au service de l'humanité, et *se précipitant dans la gloire*, jusqu'au jour funeste du 8 novembre 1834.

La figure chirurgicale de Dupuytren est bien représentée, dans la brochure de M. Vidal, telle que nous l'avons connue. Cette infatigable activité, cette merveilleuse pénétration clinique du chirurgien, cette pose intelligente mais un peu superbe du professeur, cette douceur et cette dureté suivant les exigences de l'art, cette continuelle présence d'esprit devant les plus surprenantes circonstances et devant le plus imposant auditoire venu de tous les points du monde; tout cela est rendu comme cela devait l'être par un élève du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Une courte et intéressante notice sur les travaux de Dupuytren, en anatomie, en physiologie, en chirurgie et en médecine, vient à la suite du récit de sa vie; et les discours prononcés sur sa tombe par ses collègues de la Faculté, de l'Institut, de l'Académie de médecine, et par ses élèves de l'Hôtel-Dieu, donnent une idée du vide qu'a fait à la chirurgie française la perte de cet homme.

—

DE LA FRACTURE DU COL DU FÉMUR, *étudiée spécialement sous le point de vue de l'anatomie pathologique*, par E. Chassaignac, D.-M. P., *prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.*

Cette dissertation, qui a été présentée et soutenue par M. Chassaignac, comme thèse inaugurale, le 13 avril 1835, traite avec étendue d'un sujet qu'ont beaucoup enrichi les recherches modernes d'anatomie pathologique en France et à l'étranger. Elle mérite, à ce titre, que nous en rendions un compte détaillé dans une de nos prochaines livraisons, comme d'une bonne monographie sur la matière.

—

APPAREILS DES SÉCRÉTIONS, DE LA GÉNÉRATION ET EMBRYOLOGIE, par M. Malle, D.-M., *professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc.*

Le travail de M. Malle forme une des livraisons de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, et peut cependant en être détaché. Nous en parlerons à nos lecteurs dans notre prochain numéro, et nous le recommanderons vivement tant aux médecins qui aiment à se mettre de

(1) Chez Just. Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-médecine, 8.

temps en temps sous les yeux le tableau des progrès que la science a faits depuis l'époque de leurs études élémentaires, qu'aux jeunes gens qui entrent dans l'étude attrayante et nécessaire de la physiologie, et qui doivent aimer, que, tout en respectant les œuvres de Bichat, des hommes consciencieux leur indiquent ce qui s'ajoute chaque jour aux monumens de ce grand homme.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Mai.*)

Observations relatives à divers procédés opératoires, employés contre les tumeurs érectiles, par F. Lallemand, *professeur à la Faculté de Montpellier.* — M. Lallemand, partant de ce fait, que les tissus érectiles accidentels sont de même nature que les tissus érectiles normaux, tels que les corps caverneux, etc....; voyant que ceux-ci, après leur section, leurs déchirures, leurs plaies, sont susceptibles d'inflammation, de réunion par un tissu fibreux, qui ne partage plus leur excessive vascularité et qu'en cet endroit la communication des cellules sanguines est interrompue; voyant, en un mot, le tissu spongieux détruit et remplacé par du tissu fibreux et même cartilagineux, essaya de traiter des nœvus, des tumeurs érectiles accidentelles par des incisions, des plaies artificielles capables de déterminer une vive inflammation et la production consécutive de tissus de cicatrice, de nombreuses intersections fibreuses à la place de ce lacis inextricable de vaisseaux artériels et veineux qui constitue les tumeurs hématodes érectiles ou les nœvus.

Indépendamment de ce qu'il avait observé sur le mode de cicatrisation des plaies des corps caverneux et du tissu spongieux de l'urètre, M. Lallemand avait obtenu la prompte réunion de parties envahies par du tissu érectile accidentel. Il mit donc en pratique le procédé suivant, à la première opération qu'il eut à faire d'une tumeur érectile : celle-ci occupant la lèvre supérieure et l'ouverture des fosses nasales, on excisa de la partie moyenne du fongus un lambeau de huit à dix lignes de largeur à sa base, au moyen de deux coups de ciseaux convergens vers la cloison du nez. Une énorme quantité de sang jaillit de mille points avec grande impétuosité. On réunit rapidement les deux lambeaux par quatre aiguilles implantées loin de la plaie et l'embrassant dans toute son épaisseur. Des fils cirés rapprochèrent les lèvres de la plaie et on couvrit de nombreuses circonvolutions l'espace qui séparait les aiguilles. La transformation du tissu érectile en tissu fibreux dans tous les points atteints par l'inflammation, inflammation à laquelle a succédé la cicatrisation, mettent cet enfant à l'abri d'une récidive. Ce tissu de nouvelle formation est si opposé à la nature éminemment vasculaire des fongus érectiles qu'il est plus résistant que la cloison des fosses nasales et tout à fait cartilagineux.

Dans une troisième observation, la tumeur siégeant à la joue, une incision y fut faite dans le sens du plus grand diamètre de cette tumeur et en comprenant toute l'épaisseur. La plaie fut aussitôt réunie par quatre aiguilles, soutenue de nombreuses circonvolutions de fil ciré. Après plusieurs mois, à la place de la tumeur, on ne voit plus qu'une cicatrice partout mince, pâle et tendue, comme celle qu'aurait laissée une brûlure superficielle.

M. Lallemand, dans un quatrième cas, a cru pouvoir se dispenser de l'incision et obtenir un tissu de cicatrice suffisant par la seule action des aiguilles.

En effet, une large tumeur érectile, située sur l'omoplate, a été réduite en tissu fibreux après avoir été traversée et labourée à diverses reprises par cent vingt aiguilles. Le traitement a duré deux mois et demi.

Les praticiens qui seront tentés d'essayer ce procédé fort simple, ingénieux et confirmé par d'encourageans exemples, ne devront s'effrayer ni de l'abondante hémorrhagie qui suit l'incision, car elle s'arrête bientôt, et les parties reprennent le volume et la pâleur des parties voisines, ni de l'inflammation excessivement violente, de l'aspect violacé et comme de mauvaise nature que prennent alors les parties, car ces phénomènes sont la condition de réussite et annoncent le développement d'une vive phlegmasie qui amènera à sa suite des produits et de bons tissus de cicatrice.

—

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Mai.*)

Note sur les propriétés médicales du café, par M. J. Roques. — « Lorsqu'on pense à certains breuvages que la médecine impose aux malades, on est étonné de voir qu'elle néglige l'usage du café, stimulant si agréable et en même temps si actif dans toutes les maladies où il est nécessaire d'imprimer à la fibre une excitation vive et prompte. » Voilà qui est vrai, et pourtant l'auteur de cette note a trop indistinctement admis les vertus du café.

L'analogie l'a induit en erreur. Il est avéré, comme l'a bien dit M. Roques, que le café est un des meilleurs palliatifs de l'asthme nerveux. Les plus graves autorités en cette matière, Floyer et Brée surtout en font grand cas; ce dernier lui accorde même un pouvoir radicalement curatif.

L'auteur le préconise dans la goutte et la gravelle, d'après un seul fait et cette observation, que les maladies en question sont très rares en Orient et dans les colonies où se fait une si énorme consommation de café.

Je ne puis souscrire à la recommandation qui en est faite chez les jeunes filles chlorotiques pour dissiper leur mélancolie, leurs langueurs

et leurs dégoûts. Le café accroît fâcheusement la mobilité nerveuse des chlorotiques; il agace leurs caprices et leurs mille et un spasmes.

En revanche, j'approuve qu'on le conseille aux personnes chargées d'obésité qui éprouvent de l'engourdissement dans les membres, de l'assoupissement et cette espèce de torpeur qui est quelquefois le prélude de la paralysie, ainsi que pour combattre des symptômes apoplectiformes, surtout chez les vieillards. Quant à ses qualités fébrifuges, on peut certainement les utiliser dans une disette de quinquina.

M. Roques rapporte, de la pratique de M. Martin Solon, des succès obtenus par le café dans la période adynamique des fièvres typhoïdes, après l'emploi des émissions sanguines. Les signes funestes qu'a conjurés le café dans ces cas sont bien ceux de la véritable adynamie.

Chacun connaît l'efficacité du café dans la migraine et la plupart des céphalalgies qui naissent d'un mauvais état des organes utérins chez la femme, et chez elles aussi, ainsi que chez les hommes, d'un mauvais état des organes digestifs.

Cette note est terminée par l'indication des bons effets bien connus du café, pris après un vomitif, dans les intoxications par l'opium et les solanées vireuses; enfin, par un fait qui atteste l'avantage du café dans les asphyxies par le gaz acide carbonique.

Les contre-indications de cette boisson se devinent, d'après son action fortement excitatrice du système nerveux.

— *Recherches sur un nouveau traitement de la gale*, par M. Emery, *médecin de l'hôpital St.-Louis.* — M. Emery, désirant résoudre cette question, savoir : L'acarus de la gale est-il cause des vésicules psoriques, ou n'en est-il qu'une complication ? a cru devoir, pour arriver à cette solution, raisonner et agir de la manière suivante : Si on parvient à guérir la gale, quelle que soit son intensité, sans frotter toute la surface du corps avec les remèdes ordinaires, *mais seulement les lieux occupés par les sillons qui contiennent les insectes*, on aura prouvé que c'est en empoisonnant l'acarus qu'on fait cesser la maladie, et que par conséquent la présence de cet animalcule est la cause de la gale et non point une simple complication.

En conséquence, M. Emery essaie aussitôt la pommade suivante :

℞ Savon noir.	une once.
Sel marin	demi-once.
Soufre	demi-once.
Alcool	un gros.
Vinaigre.	deux gros.
Chlorure de calcium.	demi-gros.

Mêlez. — Cette préparation est molle et facile à appliquer. On la prescrit à la dose d'une once par jour en deux fois.

Ce que j'avais prévu est arrivé, dit M. Emery; quoique je ne fasse frotter que les mains et les pieds, toutes les vésicules qui recouvrent les autres parties du corps se guérissent promptement, et avant huit jours de traitement, les gales les plus invétérées disparaissent.

Mais il nous semble que M. Emery n'a pas, pour conclure, satisfait à la condition nécessaire et que lui-même avait exigée : il ne frotte que les pieds et les mains; toute la gale est guérie, et il en infère que c'est en empoisonnant les acarus qu'on détruit les vésicules..... Il faudrait, pour que cette conclusion fût exacte, que, comme M. Emery l'avait fait sentir au commencement de son mémoire, on eût touché avec la pommade tous les acarus existans. L'épreuve est donc à recommencer, et j'ajoute qu'il est bien douteux qu'elle puisse jamais être très rigoureuse; car, comment remplir cette indispensable condition : *Ne frotter avec le médicament que les lieux occupés par les sillons qui contiennent des insectes* ?..... Ce travail exigerait à lui seul plus de temps que M. Emery n'en a mis pour guérir ses galeux. Quoi qu'il en soit, la pommade proposée paraît d'une bien grande efficacité, puisque, sur douze cents malades traités, *tous ont été radicalement guéris en moins de huit jours par ce traitement*, qui a l'avantage de ne pas gâter les fournitures des lits et d'éviter aux malades ces éruptions de lichen, d'eczéma, qui sont souvent la suite des frictions générales.

— *Nouveau caustique avec le chlorure d'or, pour le traitement des affections cancéreuses.* — Un orfèvre portait un bouton cancéreux à la joue; comme il était occupé à opérer une dissolution d'or dans l'eau régale, il toucha plusieurs fois de ses doigts, imprégnés de ce caustique, le mal de nature suspecte, qui, à dater de ce moment, prit un meilleur aspect et guérit. M. Récamier, soupçonnant la cause de cette modification insolite, essaya les applications de chlorure d'or chez une femme affectée d'un carcinome utérin, et la partie frappée de dégénérescence revint bientôt à l'état sain. Nonobstant, l'état avancé de la cachexie cancéreuse a enlevé la malade. Une seconde maladie aussi bien caractérisée a été parfaitement guérie. Deux ou trois autres malades sont actuellement en traitement, salle St.-Paul, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier : l'affection de l'une d'elles (carcinome utérin) est déjà heureusement influencée. L'application de ce nouveau caustique se fait avec toutes les précautions connues pour l'emploi de ce genre de topiques sur le col de l'utérus; sa préparation, *en combinant l'acide nitro-chlorique avec le chlorure d'or dans les proportions d'une once d'acide sur six grains de chlorure d'or bien pur.*

—

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(*Mai* 1835.)

Mémoire sur un état pathologique de la moëlle épinière qui n'avait pas encore été décrit, par le docteur Griffin, de Limerik. — La *Gazette médicale* semble attacher une grande valeur à ce travail. J'avoue que la plupart des productions médicales de la Grande-Bretagne, depuis le commencement de ce siècle, m'inspirent fort peu de confiance; je les trouve toutes étranges, puériles, ne se liant à rien, détachées de tout principe bon ou mauvais, infructueuses par conséquent et ne sortant de leur pays natal que pour périr ou recevoir le démenti de l'expérience. Je crains bien qu'il n'en soit encore ainsi des idées que je vais faire connaître.

La plus grande partie des névralgies de la face, des membres et des viscères, un grand

nombre de spasmes et de névroses des organes des sens, de la respiration, de la digestion et de la reproduction, certaines paralysies, beaucoup d'affections convulsives partielles ou générales, d'hémorrhagies et de flux, reconnaissent pour point de départ une irritation spéciale et sans lésion organique de la moëlle épinière. Pourquoi? 1° Parce qu'en exerçant une pression, même légère, sur les portions du rachis d'où émanent les nerfs de l'organe ou de la région affectée de névralgie ou de névrose, on augmente tout à coup et au moment de cette pression, soit les douleurs, soit les spasmes, soit les convulsions, soit en un mot les troubles morbides des régions ou des organes qui reçoivent leurs nerfs de cette portion du rachis qu'on comprime; 2° parce qu'en appliquant sur ce point les agens thérapeutiques, on fait cesser l'affection plus ou moins éloignée qui y a son origine. Voilà tout. Maintenant arrivons aux particularités et aux exemples.

M. Griffin, pour embrasser toutes les névralgies et névroses qu'il attribue *à l'irritation spinale*, divise la moëlle épinière, comme les anatomistes, en régions cervicale, dorsale et lombaire. La plupart des affections névralgiques de la tête, de la face, du cou, des épaules, du bras, des mamelles, du sternum, puis certains cas de névroses des sens, comme l'amaurose essentielle, les hallucinations, l'héméralopie, les vertiges, la surdité ou l'audition de bruits étrangers dans les oreilles, le délire, la syncope, etc....., sont les symptômes les plus fréquens *de l'irritation de la portion cervicale de la moëlle*. Le plus souvent, au lieu d'exister isolés, ces symptômes se montrent simultanément, sinon tous, au moins plusieurs à la fois, et même il arrive fréquemment qu'ils sont combinés aux symptômes d'irritation des autres parties de la moëlle; dans ce dernier cas, le système circulatoire peut se mettre de la partie et la fièvre s'allumer. Les phénomènes qui appartiennent à l'irritation cervicale de la moëlle sont de beaucoup les plus communs dans la pratique. L'auteur appuie ces propositions de plusieurs exemples. M. Griffin prétend qu'après la cinquième paire, le nerf qui souffre le plus fréquemment de l'irritation spinale, c'est celui de la huitième paire (pneumo-gastrique). Il est inutile que j'énumère toutes les névroses de la respiration, de la digestion et de la circulation, qui se rattachent à ce groupe, ainsi que les exemples à l'appui.

Le cœur, poursuit M. Griffin, étant l'un des principaux organes auxquels la huitième paire distribue ses rameaux, une foule d'accidens, tels que les palpitations nerveuses, l'oppression, les nausées, la syncope, sont encore des formes de l'irritation cervicale de la moëlle. Pour distinguer ces cas de ceux qui se lient à une affection organique du cœur, etc....., il suffit de porter la main sur le rachis; si les phénomènes s'accroissent à l'instant de la pression, le diagnostic est assuré. La toux nerveuse est une des expressions symptomatiques les plus fréquentes de l'état en question, puis, après elle, l'oppression. Lorsque l'*irritation spinale* porte principalement sur la huitième paire, le malade éprouve une suffocation accablante. Si le nerf phrénique est affecté, il y a un sentiment d'oppression assez fort, l'expiration est difficile et l'action des muscles respirateurs externes est laborieuse. Les nerfs qui se distribuent au larynx sont-ils seulement intéressés? il y a aphonie, ou raucité de la voix, ou respiration sifflante et même croupale, etc., toutes ces nuances se prononçant plus nettement lorsqu'on comprime la portion cervicale du rachis. L'hystérie ayant paru quelquefois dépendre de l'irritation de certaines régions de la moëlle, on a recherché s'il n'en était pas de même de l'épilepsie, et plusieurs cas sont venus confirmer cette présomption. Bien entendu, que dans toutes les observations qui ont conduit à admettre l'irritation comme point de départ, on a retrouvé les deux caractères pathognomoniques, savoir: le redoublement à la pression du rachis; la guérison par un traitement dirigé contre le point foyer de la névrose. Je m'abstiens de donner des détails sur les troubles nerveux qui se rattachent à l'irritation des portions dorsale et lombaire de la moëlle. Qu'on se figure toutes les lésions de l'innervation des parties qui reçoivent des nerfs de cette grande étendue du cordon médullaire, depuis le rhumatisme intercostal, la colique et le dévoiement, jusqu'aux maladies rénales et aux crampes des extrémités inférieures, *toujours avec le critérium indiqué*, et on aura une idée de l'importance du rôle que joue dans la pathologie l'*irritation spinale*. Chez quelques sujets, l'irritation, au lieu d'être bornée à quelques vertèbres, occupe tout le rachis et est dite alors *générale*. Ces cas, assez rares, se rencontrent chez les personnes très nerveuses; la pression sur toute la longueur du rachis détermine l'exaspération du trouble universel. Il faut dire que cette forme est très susceptible de métastase, et qu'on voit les symptômes nerveux les plus graves et les plus variés se succéder, se confondre de mille manières. La fièvre s'y joint quelquefois, et alors la maladie peut en imposer pour une inflammation du cerveau, des méninges, de la poitrine, du cœur, du péritoine, de l'utérus, etc., suivant le point, de la moëlle où sera l'irritation. Je pourrais étendre cette analyse, mais ce serait sans profit, pour mettre les lecteurs à même de juger ce travail et ce que j'ai à en dire; aussi, je me borne pour en venir à quelques réflexions.

Il y a deux ou trois ans, que je ne me rappelle plus quel auteur anglais, peut-être le docteur Mitchell, publia déjà certain mémoire sur le rhumatisme articulaire, qu'il prétendait émaner des points de la moëlle qui fournissent des nerfs aux jointures douloureuses (ce qu'il constatait alors comme aujourd'hui par la pression des vertèbres), et qu'il traitait en conséquence par des émissions sanguines locales et autres moyens dirigés sur le point de départ présumé. Il me fut impossible, à cette époque, de confirmer une seule fois l'observation de ce médecin, bien que sur beaucoup de rhumatisans je m'appliquasse scrupuleusement à la recherche d'un point de la colonne vertébrale dont la pression pût déterminer quelque surcroît d'acuité dans les souffrances articulaires. J'ai souvenir que quelques médecins d'hôpitaux essayèrent aussi, mais vainement, de constater la remarque du docteur anglais. Ces

antécédens me faisaient, à juste titre, suspecter la valeur des faits et des propositions établis dans le nouvel écrit que j'analyse ; mais l'analogie pouvait me tromper : j'ai donc exploré par la pression et même par la percussion le rachis de plus de vingt femmes, affectées, soit de névralgies diverses et surtout faciales, soit de gastralgie, soit de palpitations, soit enfin d'une ou de plusieurs des maladies nerveuses que M. Griffin dit avoir leur foyer dans une irritation de quelque portion de la moëlle, et je n'ai pu obtenir que des résultats négatifs, *je dis absolument négatifs.*

Maintenant il m'est permis de combattre, par des raisonnemens, les prétentions auxquelles j'ai dû avant tout opposer la contre-épreuve de l'expérience. M. Griffin assure que les malades névralgiques rapportent la douleur qu'ils éprouvent lorsqu'on comprime un point du rachis, à la partie dont les nerfs *ont leur racine* dans ce point comprimé ; puis, tout à côté, il ajoute que la cinquième et la huitième paire de nerfs sont celles qui expriment le plus souvent, par le trouble ou la douleur des parties qu'elles vont animer, l'irritation de la région cervicale de la moëlle : ce qu'il prouve par les effets qu'on connaît de la pression sur cette région..... Mais, en vérité, il y a cent lieues anatomiques des racines de ces nerfs aux endroits du rachis accessibles au toucher !...

Lèvera-t-on cette difficulté par l'allégation des sympathies, de la solidarité de toutes les parties des centres nerveux entre elles ? Mais en admettant cette triviale explication, la pression sur les lombes aussi bien que sur la nuque réveillerait les douleurs de la face et les névroses respiratoires, car les sympathies ne reconnaissent pas de distances..... ; et puis, pour les nerfs qui naissent hors du crâne et dans les lieux où on peut presser les points correspondans de la colonne vertébrable, on se demande comment il est possible de faire subir quelque compression à la moëlle et aux racines des nerfs placées à plusieurs pouces de la surface du corps, protégés par les retranchemens les plus durs, les plus inflexibles, entourés de tous les artifices que sait si bien disposer la nature, lorsqu'elle veut abriter des organes importans et placés vers le plan postérieur du corps, là où l'homme est privé de moyens d'observation et de défense..... Et remarquez que comme pour rendre le fait plus incroyable, M. Griffin dit qu'il suffit *de la pression la plus légère !!* On concevrait encore cela par la percussion qui agirait alors, non par pression, mais par la secousse qu'elle imprimerait à toutes les parties : la chose aurait surtout moins d'invraisemblance si on accusait les mouvemens violens du cou et du tronc d'accroître les douleurs, bien que la nature ait pris aussi une foule d'ingénieuses précautions pour soustraire le cordon rachidien et les nerfs qui s'en détachent aux compressions, aux tiraillemens, aux distorsions qui auraient pu les compromettre dans l'exécution des grands mouvemens de la colonne vertébrale.

Que deviendrait une pauvre hystérique, si toutes ces causes devaient augmenter les troubles de son innervation, comme M. Griffin voudrait l'insinuer ? Il y a mieux : c'est que les mouvemens excessifs de l'attaque d'hystérie sont la crise nécessaire qui résout *l'affection nerveuse ; c'est*, dit Tissot, *l'état d'un ciel nébuleux qui ne peut pas s'épurer sans orage.* Il n'est pas non plus sans intérêt de noter que le caractère qui fait souvent distinguer une névralgie d'une inflammation, par exemple, c'est que la pression est soulageante ou indifférente dans la première, circonstances qui choquent singulièrement les observations de M. Griffin. Le besoin qu'a cet auteur de l'irritation spinale pour expliquer toutes les névroses, fait qu'il ne regarde pas à une erreur anatomique pour ranger les palpitations de cœur dans la classe des irritations de la portion cervicale, fait qui n'a rien d'étonnant, dit-il, *puisque le cœur est un des organes auquel la huitième paire distribue principalement ses rameaux.....* ; tandis que c'est des nerfs et du plexus cardiaques du grand sympathique que le centre circulatoire tient surtout le principe de ses mouvemens.

Pourquoi aussi, au prix d'une autre contradiction anatomique, viser à tant de précision et vouloir nous dire les signes qui annoncent que ce sont *tantôt les nerfs du larynx*, *tantôt ceux de la huitième paire* qui souffrent de l'irritation spinale ; comme si les nerfs du larynx et ceux de la huitième paire faisaient deux ! Je ne veux pas accumuler d'autres objections contre le travail au moins singulier de M. Griffin. Ferai-je encore remarquer qu'une grande partie des causes des névralgies agissent pour les produire sur le nerf lui-même, nerf qu'on délivre de sa douleur par des moyens appliqués immédiatement sur lui ? Comment concevoir des névralgies d'une seule branche et même d'un seul rameau de la cinquième paire, dans l'hypothèse de M. Griffin ? Comment une affection nerveuse du poumon séparée d'une affection nerveuse de l'estomac, etc. ?

Les succès obtenus par la direction de moyens thérapeutiques, sur divers points de la moëlle, n'ont rien non plus qui puisse en imposer. Que l'application d'un vésicatoire derrière le dos ou à la nuque suspende, le premier des vomissemens nerveux, le second une douleur névralgique de la face, etc., etc,, c'est ce qui s'est vu de tout temps, et on s'est parfaitement passé jusqu'ici de la théorie de M. Griffin pour s'en rendre raison.

Je vais continuer à chercher sur tous les sujets qui se présenteront à moi, si je découvre quelque particularité qui puisse se rapporter aux observations de cet auteur, et les confirmer ; auquel cas, je m'engage à n'éprouver aucun embarras pour le déclarer avec empressement.

— *Quelques recherches sur les symptômes et sur les lésions anatomiques de l'affection décrite sous les noms d'hydrocéphale aiguë, fièvre cérébrale, méningite, méningo-céphalite chez les enfans*, par E. Rufz, *de la Martinique, D.-M. P.*

De quelle nature sont les lésions du cerveau ou de ses enveloppes qu'on trouve chez les enfans morts de ce qu'on appelle hydrocéphale aiguë, arachnitis, etc....., et sont-elles de nature inflammatoire ? Les intéressantes recherches de M. Rufz sont sans doute destinées à jeter quelque jour sur la solution de ce problème qui, jusqu'ici, n'a pas été soupçonné,

car le caractère inflammatoire des lésions dont je parle n'a pas encore été l'objet d'un doute.

Avant d'exposer la partie la plus neuve de ce mémoire, celle qui a trait à l'anatomie pathologique, il n'est pas sans intérêt de suivre un peu M. Rufz dans la symptomatologie, car il en résultera, une haute et presque décisive sanction pour sa découverte. Les symptômes peuvent être partagés en deux groupes qui constituent deux périodes de la maladie: dans la première, céphalalgie, assoupissement léger, sensibilité plus vive aux impressions extérieures, maintien des facultés intellectuelles, vomissemens, constipation, ralentissement du pouls; dans la deuxième, assoupissement de plus en plus profond, oblitération des sens et de la sensibilité générale, délire, coma, rigidité des membres, accélératiou du pouls. Dans les cas observés par M. Rufz, le terme moyen de la durée de la maladie a été de quatorze jours; la plus longue durée de vingt-deux jours, et la plus courte de onze. En général, il a pris pour point de départ le jour où la céphalalgie se manifestait avec assez d'intensité pour attirer l'attention des parens; quelquefois cependant la maladie débute d'une façon beaucoup plus lente: une légère somnolence, de la mauvaise humeur en sont pendant les quinze premiers jours les symptômes précurseurs.

La mort a constamment eu lieu. Il est bon de noter quels sont, dans ces symptômes, les plus invariables, et par conséquent ceux qui doivent faire porter un pronostic funeste : 1° Une céphalalgie *vive, continuelle*, bornée à la région frontale et accusée par l'enfant jusqu'au moment où il tombe dans un assoupissement profond; 2° un faciès caractéristique qui consiste ou dans une grande lenteur du regard, des paupières largement ouvertes et l'œil fixe; ou bien les paupières fermées, les sourcils froncés et l'aversion de la lumière; 3° le strabisme dès le début et surtout vers la fin; des alternatives de rougeur et de pâleur de la face qui, dans la dernière période, est constamment pâle. Après quelques jours de durée de la maladie, face hippocratique. Grande irrégularité de l'état des pupilles jusque vers le déclin où elles sont toujours immobiles; 4° rigidité partielle, occupant, soit un bras, soit une jambe, soit le cou, soit les mâchoires; 5° machonnement, vomissemens, constipation malgré l'emploi répété du calomel.

Remarquons comme phénomènes les plus dignes d'attention le ralentissement du pouls pendant la première période, son accélération pendant la deuxième; l'état naturel de la langue, l'absence de soif, d'injection de la peau et de chaleur fébrile. Un médecin qui ne connaîtrait de la maladie dont il est question que la symptomatologie, telle que je viens de la faire, et qu'on interrogerait sur la nature probable de la lésion du cerveau ou de ses membranes, à laquelle il semble le plus vraisemblable de rattacher cet appareil de phénomènes, n'aurait à coup sûr pas la pensée d'une inflammation, à moins qu'il ne fût bien engoué de physiologisme. Ce n'est pas *à priori*, mais fort de recherches nombreuses et faites avec tout le scrupule et la persévérance nécroscopiques, qu'on a droit d'attendre d'un élève de M. Louis, que M. Rufz répond à cette question, et établit que l'affection décrite par les auteurs, sous les différens noms indiqués dans le titre de ce mémoire, *pourrait bien n'être qu'une affection de nature tuberculeuse, une forme de cette cachexie tant fatale aux hommes.* Suivant lui, la lésion anatomique la plus constante, celle qui mérite d'être considérée comme la plus caractéristique, est sans contredit *la formation dans la membrane arachnoïde d'une multitude de petites granulations dures, blanchâtres, grosses comme des grains de millet et demi transparentes.*

Ces granulations se voient principalement à la base du cerveau, dans les scissures de Sylvius, entre les commissures des nerfs optiques, etc....., dans les plexus choroïdes, etc... Elles peuvent être éparses, isolées; elles sont alors presque imperceptibles, ou bien elles sont agglomérées et présentent une masse de matière jaune blanchâtre, dure, friable, *tout à fait semblable à la matière d'un tubercule.* Lorsqu'on les considère attentivement en l'étalant sur un carreau de vitre, on reconnaît que ce sont des granulations qui se rapprochent de plus en plus et qui finissent par se confondre En même temps qu'elles, on rencontre quelquefois entre les commissures des nerfs optiques une légère infiltration séro-albumineuse. Entre les granulations, l'arachnoïde légèrement opaline, *n'est ni injectée, ni épaissie. L'injection de la pie-mère n'est dans aucun cas plus notable que dans l'état sain.* Au niveau des granulations isolées, l'arachnoïde se sépare facilement de la substance corticale sous-jacente; mais dans les points où les granulations sont réunies en masses, ces masses ne peuvent s'enlever sans entraîner une portion de la substance corticale qui est dans ces points ramollie et plus injectée. A ces altérations se joignent quelquefois un ramollissement très prononcé et sans la moindre injection des parties centrales du cerveau, souvent réduites à un état de diffluence complète; mais, je le répète, conservant leur couleur normale. L'hydropisie des ventricules est aussi très commune. En même temps que ces lésions, M. Rufz a trouvé à peu près, dans la moitié des cas, *de véritables tubercules du cerveau ou du cervelet. Dans tous les cas, des tubercules ont été rencontrés dans les poumons* Dans vingt-sept cas, de la matière tuberculeuse existait aussi, non seulement dans les organes thoraciques, mais même dans les organes abdominaux. Dans le plus grand nombre, chose bien remarquable, les poumons, les plèvres, le péritoine, le foie, les reins, étaient criblés de *granulations.* Voilà qui est positif. Il est difficile d'admettre que M. Rufz n'ait pas vu ou ait mal vu ce qu'il a vu. J'ajoute que le caractère anatomique qu'il assigne à l'hydrocéphale aiguë des enfans, s'accorde parfaitement avec la forme symptomatique de la maladie, avec la constitution de presque tous les sujets qui en sont victimes, sujets en général scrophuleux, malingres, rachitiques et non sanguins, comme l'idée qu'on s'est faite jusqu'ici de cette maladie pourrait le rendre probable; avec son caractère rebelle à toutes les médications et surtout aux émissions sanguines; avec 1° la présence de tubercules volumineux et incontestables dans le cerveau, le cervelet et la coïncidence de l'état tuberculeux

des autres organes, siéges d'élection de ces productions morbides; 2° avec cette circonstance; savoir : qu'un grand nombre *d'enfans scrophuleux meurent de convulsions*, et que leur autopsie montre des tubercules du cerveau qui ont été l'occasion d'une hydrocéphale aiguë ou méningite, etc., etc.....

Quand on considère la durée de la maladie beaucoup trop longue, pour une affection inflammatoire, siégeant dans un organe aussi important que l'encéphale, l'apyrexie absolue qui la distingue, *l'habitude phthisique*, *l'état comme hectique* des petits malades dans la deuxième, et souvent déjà dans la première période, on ne peut s'empêcher de dire que le travail de M. Rufz vient compléter fort heureusement, et comme on aurait dû l'attendre, l'histoire de l'hydrocéhpale aiguë des enfans. Maintenant, une autre question se présente : L'état tuberculeux de l'arachnoïde est-il destiné à comprendre tous les cas d'arachnitis des enfans? L'inflammation aiguë primitive des méninges, telle qu'on l'observe chez l'adulte avec formation de pus, de fausses membranes, d'adhérences, d'injection phlegmasique de la pie-mère, etc., etc., n'existe-t-elle pas chez l'enfant, ou si on la rencontre à cette époque de la vie, n'est-elle jamais primitive et n'est-elle que consécutive aux tubercules de l'arachnoïde, comme la pneumonie et la pleurésie diffuses de la phthisie pulmonaire le sont aux tubercules du poumon et de la plèvre, etc.....? Il serait, je pense, imprudent de résoudre cette question par une affirmation absolue. Bien plus, on cite des cas de fièvre cérébrale chez des enfans avec des symptômes et des lésions anatomiques exclusivement et franchement inflammatoires : ces observations me paraissent en dehors de l'état décrit par M. Rufz. Je me plais à répéter que la découverte de ce médecin, si elle est confirmée par les recherches ultérieures, est une des plus intèressantes et des plus brillantes, dont l'anatomie pathologique puisse se glorifier.

H. Pidoux, D.-M. P.

—

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES.

(*Mai* 1835.)

Les cinq numéros de ce mois du *Journal hebdomadaire*, contiennent : 1° un mémoire de M. Rochoux, *sur les tubercules*, et *particulièrement sur ceux des poumons*, dont le but est de prouver par la relation d'expériences microscopiques, que, tout à fait à leur origine et à l'état le plus voisin de leur formation, où ils aient été observés jusqu'à présent, les tubercules consistent en points d'une extrême petitesse, d'assez faible consistance, d'une texture parfaitement homogène, entièrement privés de vaisseaux, tenant au tissu même de l'organe dans lequel ils se développent par une foule de filamens cellulo-vasculaires, offrant en général une demi-transparence d'un reflet comme satiné, couleur de gélatine à teinte rosée, d'autant plus prononcée que le tubercule est plus récent et s'observe sur de plus jeunes animaux; 2° un mémoire de M. Goyrand, sur l'*amputation de la jambe pratiquée loin du genou*, avec la description d'*un nouvel appareil de sustentation*; 3° *des observations sur la torsion des artères*, *recueillies dans le service de M. Blandin*, par M. Lucien Boyer, interne; 4° *des observations anatomico-pathologiques sur l'hydropisie de l'ovaire*, par M. Dubrueil, professeur et doyen de la Faculté de Montpellier; 5° une note de M. Velpeau, *sur les luxations de l'extrémité sternale et sur les fractures de la clavicule*; 6° *une observation remarquable de sept blessures graves produites sur sept soldats par un boulet*, par M. Bonnafont, chirurgien aide-major à l'hôpital d'instruction d'Alger. Ce qu'a de remarquable cette observation, c'est que les sept soldats qui furent atteints par le boulet, rangés à la suite les uns des autres, furent blessés en des régions qui pouvaient être considérés comme faisant partie de la même parabole : ainsi, le premier à l'épaule droite et à la poitrine; le deuxième à l'avant-bras et au tiers inférieur du bras droit; le troisième au flanc droit; le quatrième à la région fessière et à l'articulation coxo-fémorale; le cinquième à la cuisse, au dessus des condyles du fémur; le sixième à la partie moyenne de la jambe; le septième à la partie inférieure et externe de la jambe.

De l'hydropisie de l'ovaire, par M. le professeur Dubrueil — Delpech redoutait de pratiquer la première ponction pour les cas d'hydropisie de l'ovaire, alors même que l'urgence des accidens la rendait indispensable. Cette circonstance a porté M. le professeur Dubrueil à étudier d'une manière particulière l'anatomie des kystes ovariques.

Le volume de l'ovaire hydropique est sujet à de nombreuses variétés. Cet organe peut être développé au point d'occuper toute la capacité abdominale; et contenir plus de trente livres de liquide. Le kyste est-il à plusieurs lobes? ceux-ci, qui communiquent ou ne communiquent pas entre eux, sont bosselés à l'extérieur, de volume et d'épaisseur différens, tous séparés par des espèces d'étranglemens résultant de la présence de bandelettes fibreuses, offrant quelque ressemblance avec les bandelettes à direction longitudinale que l'on voit sur le gros intestin.

Les enveloppes de l'ovaire, examinées dans leur ordre de superposition, sont : 1° une séreuse; 2° une fibreuse; 3° une musculeuse; 4° une interne, adventive et de nature particulière. La membrane interne ne peut point être appelée muqueuse; mais, le plus souvent, c'est une pseudo-membrane tomenteuse, ayant quelque analogie avec la caduque, offrant des vaisseaux sanguins, de formation récente, et de distance en distance, des îles sanguines, formées par des globules. Quelquefois le dedans des kystes est occupé par une substance fongueuse, grisâtre, mamelonnée et d'apparence inorganique.

Les parois du kyste, loin d'être amincies par la distension, s'épaississent : l'examen de ces kystes permet difficilement de croire à la possibilité de susciter une inflammation adhésive qui entraîne l'oblitération. Comment d'ailleurs la

tenter, quand les poches ovariques sont sans communication entre elles.

La matière qui constitue l'hydropisie est tantôt séreuse, tantôt albumineuse ou gélatineuse. Dans ce dernier cas, elle ne saurait être évacuée par la paracenthèse, et l'on compterait vainement sur des signes assez précis pour faire distinguer ce genre d'épanchement.

Ce qui devait surtout fixer l'attention de M. le professeur Dubrueil dans l'examen des tumeurs ovariques, c'est la disposition des vaisseaux. Ces vaisseaux sont fort nombreux et fort volumineux ; il y a deux veines pour chaque artère ; les veines sont remarquables par l'énormité de leur volume, et forment deux plans réguliers : un superficiel et un profond. Les artères sont le plus irrégulièrement distribuées. Pour donner une idée du développement qu'acquièrent les vaisseaux dans l'hydropisie de l'ovaire, M. Dubrueil présente le tableau suivant de mensuration de ces vaisseaux :

Artère rampant à la surface externe des parois d'un kyste ovarique.

Diamètre total . . . . une ligne et demie.
Epaisseur des parois. un quart de ligne.
Lumière du vaisseau. une ligne.

Veine satellite.

Diamètre total . . . . deux lignes.
Epaisseur des parois. un huitième de ligne.
Lumière du vaisseau. une ligne trois quarts.

Veine isolée rampant à la surface interne du kyste.

Diamètre total . . . . quatre lignes.
Epaisseur des parois. un quart de ligne.
Lumière du vaisseau. trois lignes et demie.

L'hydropisie de l'ovaire est une maladie commune : la paracentèse est pratiquée souvent, et pourtant les exemples d'hémorrhagie peu communs, ou plutôt, comme le dit M. Dubrueil, *peu connus*. C'était l'étude de l'anatomie pathologique qui avait rendu Delpech réservé et presque pusillanime, quand il s'agissait de pratiquer une *première* ponction dans le cas d'hydropisie de l'ovaire.

La ponction de l'ovaire est donc une opération chanceuse qui ne peut être soumise pour son exécution à des règles fixes. Comment se fait-il que de grandes autorités chirurgicales tentent d'introduire dans le domaine de l'art l'extirpation de l'ovaire? M. Dubrueil pense que cette ponction ne doit être tentée que dans les cas d'imminence de suffocation, par suite du développement excessif du la tumeur; que, dans ces cas là même, il faudrait faire une ponction exploratrice avec un trocard très fin, et que, si on ouvrait un vaisseau sanguin, ce serait simplement un malheur, du genre de celui de la lésion de l'artère épigastrique, qui n'est pas au dessus des ressources de l'art : convertir la ponction en incision, pour reconnaître les vaisseaux lésés et les lier, est un précepte dont l'excution ne saurait être différée. G.

JOURNAUX ITALIENS.

ANTOLOGIA EDICA.

RHUMATISME GUÉRI PAR LE BALLOTA LANATA.

Le docteur Brera est consulté par un médecin de Florence, pour un pompier affecté depuis depuis deux ans de douleurs rhumatismales fixées sur les muscles du côté droit, depuis le cou et la poitrine jusqu'au dos et aux lombes, et survenues après une sueur imprudemment supprimée. Des purgatifs salins et des diaphorétiques administrés en même temps que quelques topiques, tels que des fomentations émollientes et des embrocations avec l'eau cohobée de laurier cerise, l'huile de jusquiame et des bains tièdes, avaient procuré quelque soulagement, sans avoir rendu la liberté des mouvemens.

A l'approche de l'été de l'année 1831, le rhumatisme reparut avec une nouvelle violence. Les douleurs envahirent toutes les articulations et se portèrent sur les cuisses, au point que ce malheureux ne pouvait tourner la tête, lever les bras, fermer les mains, fléchir le tronc, mouvoir les membres inférieurs ni même les pieds. Ce fut le 3 septembre que, par le conseil du docteur Brera, on employa le *ballota lanata*, à la quantité de demi-once bouillie dans une livre d'eau jusqu'à réduction de huit onces, en deux doses, l'une le matin et l'autre le soir.

Dans la nuit, le malade ne put reposer, à cause d'une ardeur qui se fit sentir à toute la surface du corps et se logea à la pointe des pieds par une sueur abondante et très incommode. A la fin de la sueur, les douleurs s'apaisèrent pour la première fois ; le malade demeura calme le lendemain et il reprit le même remède. La nuit, le malaise, la chaleur et la sueur furent plus fortes que la veille, mais de plus courte durée.

Le troisième jour, même médication et adoucissement de tous les symptômes critiques ; par contre, le malade éprouva des envies continuelles d'uriner, et rendit en grande abondance une urine fétide couleur orange qui déposa nne grande quantité de sédiment de même couleur. Il en résulta un si grand amendement, que le malade fut en état de se lever le cinquième jour et de sortir le huitième. Il ressentait pourtant encore un peu de douleur au dos et aux cuisses. On augmenta de deux gros la dose de *ballota lanata* dans la même quantité d'eau. Depuis ce jour-là, le mieux a été toujours en augmentant, de sorte que le 20 septembre ce pompier jouissait de la plénitude des mouvemens et d'un appétit qu'il n'avait pas eu depuis un an.

Enfin, il reprit son service et le fit comme de coutume.

Il semble, dit le docteur Brera, que la substance médicamenteuse, introduite dans le sang, a eu la proprieté d'atteindre les élémens du rhumatisme qui roulaient dans le torrent de la circulation, s'est combinée avec ces élémens morbides, en a dépouillé le fluide sanguin et les a entraînés avec elle hors du corps par les émonctoires de la peau et des reins, en les rendant

visibles et appréciables sous la forme d'un sédiment qui contenait un excès d'acide urique et d'acide phosphorique.

Le médecin de Venise a par devers lui plusieurs faits de ce genre, tirés de sa pratique, et en infère qu'il faudrait revenir au remède indiqué dès les premières attaques de rhumatisme. Il va plus loin et conseille de l'administrer aussi dans la goutte, qui a beaucoup de ressemblance avec l'affection rhumatismale. Ce serait le moyen de prévenir la formation de ces concrétions qui viennent pervertir à toujours les articulations.

Solvere nodosam nescit medicina podagram.

—

TYPHUS CHARBONNEUX, CAUSÉ PAR LA GOURME DES CHEVAUX, *mémoire du docteur Joseph* BRERA.

Plusieurs médecins témoignèrent de l'étonnement en apprenant qu'un anglais avait vu une maladie se développer chez un homme, par contagion de la gourme. Quelques uns élevèrent des doutes sur la possibilité d'une telle contagion d'un polipède à l'homme; d'autres admirent la possibilité de cette contagion, et cherchèrent à l'expliquer; il y en eut qui trouvèrent plus court de nier le fait, ou du moins de le regarder comme une chose si rare, qu'il ne pouvait tirer à conséquence.

Cependant, d'après ce que rapporte le *Journal d'Omodei;* le fait est positif.

Si nous en croyons *Omodei*, trois hommes auraient contracté la gourme auprès de chevaux atteints et affectés de cette maladie. On reçut dans un hôpital un nommé Maskal Tommaso, pris d'un gonflement à la partie supérieure de la face, notamment au nez et aux paupières, en sorte que le malade ne pouvait ouvrir les yeux. Le nez était noirâtre d'un côté, et de l'autre tout à fait noir et insensible. Ici, il y avait déjà gangrène avec écoulement d'une humeur ichoreuse et noirâtre, et là découlait une humeur épaisse, jaune, en grande quantité, mais par intermittence. Deux autres cas étaient semblables à ce premier.

Le docteur William rapporte un cas caractérisé par des symptômes tout différens : La maladie éclata par une éruption de tumeurs malignes qui se gangrenèrent et firent périr le sujet dans un état de consomption.

Le docteur Torozzi a vu la gourme faire naître chez l'homme la fièvre pestilentielle; et le typhus charbonneux, dont va parler le docteur Brera, s'est montré sous les derniers traits, à St.-Benedetto, en 1833.

Deux écuries contenaient, l'une deux chevaux jetant la gourme, et l'autre une jument, un mulet et un âne, affectés de la même maladie. Ces cinq animaux étaient malades depuis long-temps et très gravement.

Le fils d'un meûnier, qui soignait les trois derniers animaux et couchait dans l'écurie pendant l'hiver, fut atteint du typhus charbonneux et en mourut au mois de mars.

Son frère, encore enfant, qui allait et venait souvent jouer et monter à cheval dans cette écurie, malgré la défense de son père, fut attaqué de ce typhus au mois de mai, et succomba le mois suivant.

Leur père, âgé de cinquante-huit ans, remplaça son premier fils malade, et même lui céda son lit; il fut pris de la même maladie le 8 juin et ne vécut que dix jours.

Enfin, un enfant de dix ans, qui aidait son père et son frère aîné à panser les animaux affectés de la gourme, tomba malade le jour de la mort de son père et ne lui survécut que douze jours.

Chez ces quatre individus, la maladie avait commencé par un léger mouvement de fièvre intermittente, tierce ou quotidienne, compliquée d'embarras gastrique. Survinrent ensuite des douleurs dans les articulations, avec fièvre continue, pouls vibrant et roide, et tous les autres symptômes d'un rhumatisme aigu. Cet état de choses dura quelques jours; et fit place à des phénomènes qui déconcertèrent les médecins par leur importance et leur singularité.

Les douleurs d'estomac et de rhumatisme disparaissaient, et les malades se croyaient guéris et se levaient; mais un ou deux jours après ils étaient pris de la fièvre la plus vive; pouls vibrant et tendu, face animée, langue chargée, ventre souple, peau brûlante, urine rare, douleur fixe et continuelle à la poitrine. La saignée n'était d'aucune utilité; le sang dans la palette se couvrait d'une couenne dure; la fièvre allait toujours en augmentant et s'accompagnait de délire, de tremblemens, de convulsions, de météorisme, de difficulté d'avaler, de sécheresse de la langue et d'amaigrissement presque continuel.

Lors de la recrudescence, il apparaissait sur la face de petits points rouges, semblables à des pétéchies qui, en quelques endroits, s'élevaient en sommités blanches pour disparaître promptement, ou se changer à vue d'œil en pustules de différente grandeur et toujours remplies de pus. Celles qui venaient à crever dégéneraient en ulcères de mauvais caractère. Dans leurs intervalles, la peau présentait nombre de disques érysipélateux, distincts les uns des autres, en manière d'îles.

Ces deux sortes d'éruptions ajoutaient encore à la gravité de la fièvre; le malade périssait dans les douleurs les plus atroces à la fin du premier septaine ou au commencement du second, sans que le médecin ait pu une seule fois dompter le mal contagieux.

—

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE VER SOLITAIRE, *par le docteur* A.-I. WAWRUCH.

Le docteur Wawruch, depuis vingt années, s'occupe de l'helmintologie; il en a fait sa spécialité et en présente un des résultats.

La présence du ver solitaire ne se manifeste par aucun indice positif, si ce n'est par l'excrétion de quelques uns de ses anneaux dans les matières fécales. Les sujets les plus malingres, comme les plus vigoureux, passent quelquefois toute leur vie, sans être soupçonnés de nourrir ce parasite, qui n'a été découvert chez eux que par la nécropsie, au grand étonnement des médecins. Le seul signe rationnel, c'est le malaise du malade, chaque fois qu'il entend la musique, surtout le son de l'orgue, au rapport du

docteur Brera, dans la nouvelle édition de ses leçons.

L'étiologie en est aussi peu avancée que la séméiotique. Un sexe n'en est pas plus exempt que l'autre; cependant de cinq cents vers solitaires, le plus grand nombre appartenait au beau sexe. L'âge, le genre de vie, la profession, ne fournissent que des généralités. L'auteur sait seulement que l'on est plus exposé à loger ce ver, de trente à cinquante ans; que les personnes qui mangent habituellement beaucoup de viande de bœuf ou de porc; que les bouchers, les cuisiniers et les vivandiers en sont un peu plus souvent incommodés. La seule observation qui ait quelque valeur, c'est qu'à Prague on ne connaît ni la fièvre intermittente, ni le scorbut, ni le ver solitaire, tandis que ces trois maladies sont très communes à Vienne. La correspondance qui règne entre la peau et la muqueuse gastro-intestinale explique, jusqu'à un certain point, pourquoi cette affection vermineuse se montre surtout avec la gale en Pologne.

Quel est le traitement auquel s'est fixé le docteur Wawruch? c'est le vermifuge de Dioscoride, tel que madame Nouffer l'a modifié. Reste à en seconder l'effet par l'huile de ricin, la fougère mâle pulvérisée et un drastique administré quelque temps après l'expulsion du ver pour sanctionner la cure. Mais un point capital de la méthode, auquel l'auteur attache la plus grande importance, c'est une diète rigoureuse, observée trois jours avant l'administration du vermifuge, et il rend assez bien raison de ce mode de préparation au succès. Il commence, dit-il, par affamer le ver, au moins pendant trois jours consécutifs; le ver, ainsi affaibli, est devenu vorace, absorbe avidement l'anthelamitique et en reçoit promptement la mort. L'auteur a même vu des personnes à qui cette diète rigoureuse avait suffi pour expulser le ver, et il en cite plus de cinquante à qui ce bonheur est arrivé.

Le docteur Wawruch fait honneur de cette méthode au père de la médecine. Oribase enseigne aussi que la faim est capable de faire périr les vers.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juillet.

Description anatomique et physiologique de la corneille, considérée comme type de la classe des oiseaux. — M. Isidore Geoffroy fait en son nom et celui de MM. Dumeril et de Blainville, un rapport sur la partie zoologique de ce travail, présentée par M. Jacquemin.

La partie ostéologique est de tout ce travail la seule que M. Jacquemin ait encore rendue publique; le mémoire qui en traite est très étendu et forme presque un volume. Après quelques généralités sur la symétrie du squelette, sur la légèreté, la dureté de ses pièces et leurs mouvemens principaux, et leurs rapports avec les muscles, l'auteur passe successivement en revue les divers os dans un ordre qui diffère peu de l'ordre adopté dans les ouvrages élémentaires; les noms qu'il a adoptés sont aussi ceux qu'on trouve le plus généralement employés, et il les a empruntés tantôt à la nomenclature de M. Cuvier, tantôt à celle de Meckel.

Les descriptions sont en général exactes; cependant elles laissent parfois à désirer sous le rapport de la précision et de la clarté: les relations des parties molles avec les os sont presqu'entièrement omises, et c'est une lacune fâcheuse que l'auteur devra s'efforcer de remplir en continuant son travail. Décrivant successivement chaque pièce avec plus de soin qu'on ne l'avait encore fait, il ne pouvait manquer d'apercevoir un grand nombre de détails: les uns vus avant lui, mais négligés, les autres encore inobservés. Il en a été ainsi surtout des parties dont la petitesse ou la disposition rend l'étude difficile, par exemple des os de l'oreille et de la région auriculaire. Mais ce que l'auteur a étudié et décrit avec le plus de soin, c'est tout ce qui a rapport aux trous aérifères des os, trous depuis si long temps connus, mais sur lesquels il reste tant à apprendre. M. Jacquemin a depuis étendu ses recherches sur ce sujet à plusieurs autres oiseaux, et il en a fait l'objet d'un mémoire particulier présenté il y a quelques semaines à l'Académie, mais renvoyé à une commission distincte.

Le mémoire de M. Jacquemin contient encore un travail que n'indiquait nullement le titre. C'est un examen comparatif de l'état de l'ossification aux divers âges du poulet et du jeune canard, avant et après l'éclosion, et du geai à quatre époques de son jeune âge. Les observations de l'auteur sont nombreuses, mais les résultats en sont exprimés avec une brièveté qui les prive d'une grande partie de l'intérêt qu'elles pouvaient offrir; il est à désirer que l'auteur donne plus de développement à cette partie.

Nouveau carbure d'hydrogène et nouvelle série de combinaisons éthérées. — M. Dumas lit en son nom et celui de M. Péligot une note sur ce sujet. Le nouveau carbure d'hydrogène s'obtient en distillant l'éther avec de l'acide phosphorique vitreux ou anhydre. C'est un liquide incolore, huileux, bouillant vers 260° cent., on peut le distiller sur du potassium. L'analyse de ce produit se confond avec celle du méthylène et de l'hydrogène bicarboné; mais sa formule se représente par C^{64} H^{64}.

Lit pour enlever de la profondeur des mines les ouvriers blessés. — M. Valat présente la description d'un appareil qu'il a inventé dans ce but.

L'appareil est une sorte de benne légèrement concave de bas en haut, et de droite à gauche, et présentant, au milieu de la paroi postérieure, du côté interne, une petite tablette saillante de quelques pouces, et qui fait siège lorsque le malade se trouve dans une position approchant de la verticale; au reste, le malade est d'ailleurs maintenu contre cette paroi par des sangles fixées en arrière, et qui viennent se croiser au devant de la poitrine, du bassin et des cuisses.

Si la fracture est à une des jambes, le fond de la boîte, composé de deux parties mobiles et indépendantes l'une de l'autre, s'ajuste de manière à ce que la bonne jambe ait seule un point d'appui.

Le malade étant une fois placé et attaché sur le fond de la caisse qui est garnie d'un mince matelas, les côtés qu'on avait abaissés pour le faire entrer en le soulevant aussi peu que possible, se relèvent, se fixent avec des crochets, et la boîte entière peut être transportée horizontalement dans les galeries, soit au moyen de poignées de cuir, soit au moyen de deux bras qui se transforment à volonté en pieds, si l'on est obligé de faire halte dans quelque lieu boueux ou traversé par un ruisseau.

Une fois qu'on est parvenu au puits, la benne est détachée, et à sa place on accroche l'appareil au moyen de quatre chaînes dont deux sont fixées à son extrémité supérieure et deux à sa partie moyenne. Si le puits est étroit, la boîte monte presque verticalement, s'il est large, on lui donne une position plus ou moins horizontale en raccourcissant les chaînes de la partie moyenne. Une fois hors du puits, l'appareil se transforme en civière, et le malade est porté directement au lieu où il doit rester jusqu'à guérison. La manière dont il est fixé dans la boîte, permet de le porter sans trop augmenter ses douleurs le long des escaliers souvent étroits et incommodes par lesquels il doit souvent passer avant d'arriver à son lit. Pour l'y déposer, l'appareil s'ouvre, et ce dernier déplacement offre encore moins de difficultés que s'il avait fallu le soulever à bras.

MM. Cordier, Breschet et Navier examineront l'appareil proposé par M. Valat.

Séance du 20 Juillet.

Formation de l'éther. — M. Guérin Vary écrit que, dans le but d'éclaircir la formation de l'éther, il a entrepris une série d'expérience sur les actions du potassium et de l'alcool anhydre.

On sait que dans cette action il y a production de potasse et d'un gaz qu'on regardait généralement, comme une carbure d'hydrogène, quoiqu'on ne l'eût pas encore analysé. D'après les recherches de M. Guérin, ce gaz est de l'hydrogène parfaitement pur ; la potasse formée est en belles lames minces, très alongées et terminées en fer de lance : mais de plus, il se produit deux nouveaux liquides qui n'ont aucune ressemblance avec l'éther sulfurique. L'un de ces liquides est incolore, de saveur moins brûlante que l'alcool anhydre, mais d'odeur plus pénétrante. Il brûle avec une flamme semblable à celle de l'alcool.

Le second liquide avait été obtenu en trop petite quantité pour permettre de faire toutes les expériences nécessaires pour le caractériser.

— M. Vallot, de Dijon, adresse quelques détails sur une espèce de teigne, dont la larve se nourrit des fleurs du *vicia eracca*, et qu'il nomme, pour cette raison, *Tinea eraccella.*

Structure du cordon ombilical. — M. Flourens lit des recherches dont le but principal est d'établir le mode de continuité du fœtus avec les gaînes ou membranes enveloppantes ; ses recherches ont été faites principalement sur des fœtus de pachydermes, et en particulier sur des fœtus de cochon.

Dans ces animaux, le *chorion* se borne à envelopper, d'une manière générale, tout le reste de l'œuf, sans se replier, sans pénétrer vers l'intérieur pour y accompagner le cordon ombilical, comme il le fait dans l'homme : il offre ainsi un trait d'analogie de plus avec *la membrane de la coque* des ovipares, dont il est comme on le sait l'*analogue*, relativement à l'œuf des vivipares.

On peut remarquer en outre que dans les pachydermes l'*allantoïde* ne se continue dans le cordon ombilical que par l'*ouraque*, et que la *membrane ombilicale* ne s'y continue que par son pédicule.

De ces seuls faits, il résulte déjà que, de toutes les membranes de l'œuf, la seule qui, dans ces animaux, se continue et se prolonge de manière à former une enveloppe générale au cordon, ce sera l'amnios.

La question, réduite à ces termes, ne consisterait plus, du moins pour les animaux dont il est question, qu'à montrer comment l'amnios se continue avec les tissus propres du fœtus ; car d'abord, comme il vient d'être dit, le chorion y reste extérieur et n'accompagne pas le cordon ; et ensuite, pour tous les autres élémens de ce cordon, l'ouraque, la veine, les artères ombilicales, les vaisseaux omphalo-mésentériques, le pédicule de la membrane ombilicale, on sait et quelle est leur origine, et l'usage et le mode de leur connexion avec le fœtus.

Mais la question, dit M. Flourens, n'est pas, à beaucoup près, aussi simple : outre l'amnios, qui accompagne le cordon ombilical, et au dessous de cet amnios il existe, en effet, jusqu'à trois sortes de membranes celluleuses, et chacune d'elles a un mode de connexion particulier, chacune s'unit à un tissu distinct du fœtus.

De plus l'amnios, pris en lui-même, se compose de deux feuillets dont chacun s'unit encore à un tissu distinct du fœtus.

Les *élémens vasculaires* du cordon ombilical, sans y comprendre les gaînes particulières qui entourent la veine et les artères ombilicales, composent donc jusqu'à cinq enveloppes générales superposées, les deux feuillets de l'*amnios* et les trois feuillets *sous-amniotiques* de nature celluleuse.

Il résulte, poursuit l'auteur, des pièces que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, que des cinq enveloppes, le feuillet extérieur de l'*amnios* se continue avec l'*épiderme* du fœtus, le feuillet interne de l'amnios avec le derme, la *première* enveloppe celluleuse avec le *tissu cellulaire sous-cutané abdominal*, la *moyenne* avec *l'aponévrose des muscles abdominaux*, et enfin *la plus profonde* avec le *péritoine.*

Une sixième préparation montre la séparation des cinq membranes du cordon jusque dans le bout du cordon opposé à celui par lequel il tient au fœtus.

En effet, ajoute M. Flourens, de toutes ces gaînes superposées du cordon, ce n'est pas seulement l'amnios qui se continue dans l'œuf proprement dit, les gaînes celluleuses s'y continuent aussi, et s'interposant entre les membranes principales de cet œuf, le chorion, l'allan-

toïde, l'amnios, elles y forment ces membranes secondaires réticulées, indiquées plus ou moins vaguement par différens auteurs et qui unissent entre elles toutes les membranes principales.

Toutes ces recherches faites d'abord sur des fœtus de *pachydermes* ont été répétées ensuite et avec un résultat à peu près pareil sur des fœtus de ruminans et de rongeurs, et particulièrement sur de petits *veaux* et de petits *lapins*.

Quatre préparations sont relatives à ces derniers.

Ainsi donc, en se bornant aux seules espèces qui ont été indiquées, il est évident, dit M. Flourens, que le *cordon ombilical* se continue avec le fœtus, non seulement par ses élémens vasculaires, mais aussi par ses élémens membraneux. Il est évident en outre que ces élémens membraneux qui se continuent avec les tissus propres du fœtus sont multiples, et que chacun d'eux se continue avec un tissu différent, dernier fait qui explique les opinions si variées des auteurs relativement au point d'organisation et de structure intime qui nous occupe : de Harwey qui veut que tout le cordon en masse se continue avec le fœtus; de la plupart des anatomistes qui veulent que l'*amnios*, que le *chorion* se continuent avec le derme, avec l'épiderme ; de M. Mondini, qui veut que l'amnios se continue avec le *derme*, et le *chorion* avec les *muscles abdominaux ;* de plusieurs autres qui veulent que l'*amnios*, que le *chorion* se continuent avec le *péritoine*, etc.

Ces résultats, dit en terminant M. Flourens, tout en résolvant bien des difficultés relatives au mode d'union du *fœtus* avec les parties constitutives de l'œuf, en font naître sans doute une foule d'autres sur la formation même de ces rapports et de cette union ; mais celles-ci trouveront leur solution dans un second mémoire où se trouveront aussi les éclaircissemens particuliers pour ce qui concerne le fœtus humain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 14 juillet.

Conservation des cadavres. — M. Breschet lit un rapport sur un mémoire de M. Gannal, où l'auteur propose un procédé propre à atteindre ce but. Le rapporteur énumère rapidement les nombreux procédés qui ont été proposés avant celui de M. Gannal, et en indique les inconvéniens; puis il passe à ce dernier. Le procédé de M. Gannal consiste en une solution dans l'eau des trois sels qu'on n'avait employés qu'isolément dans les laboratoires ; savoir : le nitre, le sel commun et l'alun, dans les proportions suivantes : alun et sel commun, de chaque, deux parties; nitre, une partie. La liqueur doit marquer à l'aréomètre 7 à 8° pendant l'hiver, et 12 à 15° pendant l'été. Deux cadavres plongés dans ce mélange, et laissés au milieu des débris pendant deux mois, n'avaient pas changé d'aspect à l'extérieur ; les tissus étaient bien conservés, et pouvaient servir aux démonstrations anatomiques. Le même liquide a été injecté dans le système artériel, et, après deux mois, le sujet était bien conservé et n'exhalait aucune odeur fétide. Un cadavre, retiré de ce liquide, est resté quinze jours sans se putréfier, par un temps où la putréfaction aurait été complète dans cet intervalle chez des cadavres frais. Les tissus, immédiatement en contact avec le liquide, perdent leur coloration ; les chairs perdent un peu de leur cohésion ; mais les organes internes, le cerveau en particulier, sont très bien conservés. — Le rapporteur pense que de nouvelles et nombreuses expériences doivent être faites pour répondre à toutes les questions que ce sujet important soulève, et demande qu'on alloue des fonds pour cet objet. — Adopté.

M. Lisfranc soumet à l'Académie plusieurs faits de chirurgie pratique. Les détails de ces faits sont trop peu précis pour que nous croyions devoir les rapporter : la plupart rentrent d'ailleurs dans les opérations connues.

Séance du 21.

L'Académie reçoit quelques communications, d'où il résulte que le choléra continue ses ravages à Toulon, avec la même intensité; qu'il semble vouloir se développer de nouveau à Marseille, et qu'il s'est même montré à Limoges. — M. Soubeiran a la parole au nom de la commission des remèdes secrets. La plus grande partie de la séance est occupée à entendre la la lecture d'une longue série de rapports ayant pour objet divers remèdes qui sont successivement rejetés. On remarque parmi ces remèdes, un moyen que le docteur Fisher préconise contre le mal de mer, et dont une partie provient d'une plante de la famille des strychnées, et l'autre partie d'une plante appartenant à la famille des ménispermées. Ces substances mélangées sont d'ailleurs prescrites à des doses extrêmement petites.

Extirpation de l'utérus. — M. Capuron lit en son nom et en celui de M. Lisfranc, un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Lasserre, professeur à Agen, et dont voici les principaux détails : Une femme, âgée de 31 ans, accouche à terme et très laborieusement d'un enfant mâle ; la sage-femme exerce de violentes tractions sur le cordon ombilical, avant que l'utérus soit revenu sur lui-même. Cette pratique est suivie d'une hémorrhagie effrayante. L'accouchée est déshabillée, couchée nue sur le sol, et la sage-femme lui verse sur le corps une grande quantité d'eau à moitié glacée. L'hémorrhagie, qui semblait devoir emporter la malade, est arrêtée; mais elle se renouvelle à plusieurs reprises, et notamment au retour de l'époque menstruelle, où elle met de nouveau la vie de la malade en danger. Un médecin instruit arrête cette perte sanguine, qui se reproduit tous les mois avec des caractères inquiétans. Enfin, au bout de dix-huit mois, la malade semblait reprendre quelques forces, quand l'hémorrhagie se manifeste encore et s'accompagne des mêmes dangers. La sage-femme croit reconnaître une chute de matrice, et place un pessaire ; cependant les accidens ne se calmant point, M. Lasserre est consulté. Ce chirurgien reconnaît dans le vagin une tumeur pyriforme, à surface bosselée, dont le pédicule est entouré d'un bourrelet dans le point correspondant à l'orifice utérin. Il diagnostique un renversement de l'utérus, et y

reconnaît la source des hémorrhagies. Dans l'impossibilité de réduire, et prévoyant que de nouvelles hémorrhagies feraient indubitablement périr la malade, il se décide à pratiquer sur-le-champ l'extirpation de l'utérus, comme seul moyen de la sauver. En conséquence, ayant fait placer cette femme sur le bord d'un lit, comme pour la terminaison de l'accouchement avec la main, il passe une ligature autour du pédicule de la tumeur, le plus près possible de l'orifice utérin, et la serre avec le serre-nœud de Desault. Il en résulte une douleur très vive qui est calmée par le laudanum. Cette douleur se reproduit plusieurs fois et est suspendue par le même moyen. Lorsque, après quelque temps, il croit devoir serrer de nouveau la ligature, cette opération produit dans l'hypogastre une douleur extrême, qui ne cède point au laudanum, et qui l'oblige à desserrer la ligature. Cette circonstance se renouvelle chaque fois qu'on veut resserrer la ligature. Au bout d'un certain nombre de jours, craignant des accidens vers l'abdomen, M. Lasserre voulut en finir promptement. Il attire la tumeur au dehors, reconnaît qu'une partie seulement du pédicule a été détruite par la ligature. Il place une nouvelle ligature autour de la portion non détruite, dans la crainte d'une hémorrhagie, et emporte la tumeur d'un seul coup. Peu de temps après l'opération, il se développe des accidens qui font craindre une péritonite, mais qui sont combattus avec avantage par les moyens antiphlogistiques et adoucissans. Au bout de cinq jours, l'état de la malade était satisfaisant. Quelques jours plus tard, gonflement de la cuisse et de la jambe du côté gauche. Enfin, trente jours après la ligature, la guérison était complète. Il y avait un an que cette opération avait eu lieu, quand M. Lasserre l'a communiquée à l'Académie, et les menstrues ne s'étaient point renouvelées; les prodrômes de l'écoulement des règles ne se font même plus sentir; d'où le docteur Lasserre conclut que le flux menstruel n'a son siége ni dans la vulve ni dans le vagin, mais bien dans le corps de l'utérus. Depuis son rétablissement, cette femme a pu se livrer au coït comme avant sa grossesse, et elle y éprouve la même jouissance et les mêmes sensations.

— Le rapporteur reproche à M. Lasserre de n'avoir pas suffisamment décrit la tumeur, et de ne s'être pas assez étendu sur les signes distinctifs du polype utérin et du renversement de la matrice. Toutefois, l'ensemble de l'observation ne permet guère de douter que M. Lasserre n'ait réellement extirpé l'utérus, d'autant plus qu'après l'opération il a pu vérifier son diagnostic. Quant au retour des menstrues, M. Lasserre s'est trop hâté de décider qu'elles ne se renouvelleraient plus; il a eu tort surtout de conclure qu'elles ne proviennent que du corps de l'utérus. La science possède plusieurs cas d'extirpation de l'utérus, dans lesquels l'écoulement menstruel s'est rétabli au bout de plusieurs années. Le rapporteur, considérant cette observation comme extrêmement importante et curieuse, propose de la renvoyer au comité de publication, et d'inscrire l'auteur parmi les candidats au titre de correspondant.

— M. Nacquart cite une thèse où Osiander a donné une planche coloriée avec soin, et ou l'on voit le flux menstruel sourdre des parois du vagin.

— M. Moreau se plaint de ne point trouver la description de la tumeur, et surtout son anatomie pathologique. Les extirpations complètes de la matrice ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser; plusieurs fois on a enlevé cet organe, en ne croyant enlever qu'une tuméfaction des parois du vagin. Cette opération n'en est pas moins extrêmement grave, et il faut, ponr qu'on ose la pratiquer, un concours de circonstances très rares. Du reste, il appuie les conclusions du rapport, en demandant toutefois que M. Lasserre soit prié de faire parvenir à l'Académie la pièce anatomique, dans le cas où il l'aurait conservée. — Adopté.

NOUVELLES. — *Prix proposé.*

La Société médico-pratique de Paris avait proposé, pour sujet de prix pour 1835; la question suivante :

« Décrire l'iritis, établir ses diverses espèces, faire connaître le traitement. »

Les mémoires devaient être parvenus avant le 1er mars 1835. Le concours a été, en effet, fermé à cette époque, suivant les conditions du programme, et une commission a été nommée ponr examiner les travaux arrivés dans le délai demandé. Mais plusieurs mémoires ont été adressés à la société après le 1er mars, époque irrévocablement fixée pour la clôture du concours, et à cette occasion, la société médico-pratique a pris l'arrêté suivant :

Considérant que plusieurs mémoires sont parvenus après l'époque fixée, et voulant, d'une part, ne pas repousser des travaux destinés à éclairer un point si important de la pathologie, et de l'autre, ne rien faire qui pût nuire aux droits acquis par ceux qui se sont renfermés dans le délai demandé,

La Société arrête que :

1° Un nouveau concours est ouvert sur la même question.

2° Les mémoires arrivés trop tard pour être admis au premier le sont immédiatement pour le second.

3° Les anteurs qui voudront concourir devront faire parvenir leurs mémoires avant le 1er novembre 1835.

4° Ce concours n'a rien de commun avec le premier : seulement la séance publique est remise au commencement de l'année 1836, époque où suivant les conclusions de deux commissions différentes, conclusions soumises, bien entendu, à la discussion et au vote de la société, il sera décerné deux médailles d'or ayant chacune la valeur de 300 francs.

Les mémoires devront être adressés, avec les formes ordinaires, à M. le docteur Alphée Cazenave, secrétaire-général de la société, rue Saint-Anastase, n° 3, très irrévocablement evant le 1er novembre 1835.

—

CHOLÉRA.

Le choléra paraît éteint à Marseille et à Toulon, quoiqu'il y ait eu, à la rentrée d'un certain

nombre d'habitans émigrés, un moment de recrudescence dans cette dernière ville. Depuis notre dernier bulletin, c'est vers le Languedoc et la Gascogne d'une part, vers l'Italie de l'autre, que le fléau s'est dirigé : les départemens de l'Hérault, de l'Aude, de la Drôme, de Vaucluse, du Gard ont été envahis. Toulouse compte déjà quelques cas. Valence, dans le Dauphiné, est atteint. L'état sanitaire de Grenoble et de Lyon continue d'être parfait. En Italie Turin, Livourne, Gênes, Florence, Rome même, dit-on, sont victimes de l'épidémie. Dans ce pays, comme dans nos provinces méridionales, les habitans des villes sont en fuite. On porte à 100,000 le nombre des personnes émigrées vers la Suisse.

Nous avons à déplorer la mort d'un de nos jeunes confrères, le docteur A. Boyer, de Marseille, parti de Paris à la première annonce de l'arrivée du choléra dans sa ville natale. M. A. Boyer, dont nos lecteurs ont quelquefois vu le nom dans nos colonnes, donnait des espérances à la science.

M. le ministre du commerce a envoyé MM. Rufz et Delaberge, agrégés de la faculté de Paris, dans le midi pour porter secours aux cholériques. Il a également envoyé MM. Dalmas, Requin et Menière, agrégés de la même faculté, le premier à Lyon, le deuxième à Avignon, le troisième à Carcassonne pour organiser le service sanitaire.

M. le docteur Montfalcon, venu de Lyon à Marseille avec plusieurs étudians en médecine, a quitté cette dernière ville après avoir reçu les témoignages de la plus vive reconnaissance de la part des autorités et des habitans de Marseille. Presque tous les jeunes gens qui l'ont assisté dans son généreux dévouement ont été atteints de l'épidémie. Heureusement aucun n'a péri.

— Les nouvelles d'Alger sont d'une nature affligeante : le fléau y a reparu et y fait des ravages, surtout parmi les juifs.

—

MUSÉE DUPUYTREN.

Dupuytren, en mourant, avait laissé 200,000 francs pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Paris. Il s'était bien entretenu dans les derniers temps de sa vie avec M. le doyen Orfila de la fondation d'un muséum d'anatomie pathologique, mais son testament n'avait point été modifié dans le sens de cette dernière intention. Après la mort du célèbre chirurgien, M. Orfila qui avait consolé ses derniers instans par l'idée de ce bienfait à rendre à la science, en reprit activement le projet, fit ses efforts pour associer le conseil royal d'instruction publique à une si utile et si honorable entreprise et parvint à y faire arrêter qu'une somme de 60,000 fr. serait affectée par l'université aux premiers frais d'établissement d'un muséum d'anatomie pathologique qui porterait le nom de Dupuytren. L'adjudication des travaux du nouveau muséum a été faite le 1er août. L'ouverture, dit-on, en aura lieu le 2 novembre prochain. Pour le transfert des 200,000 fr. laissés par Dupuytren, il y avait à payer 13,000 fr. que M. le doyen a obtenus de M. de Beaumont, gendre et héritier du grand chirurgien.

L'école devra donc beaucoup à M. le doyen, et pour l'idée même du muséum qu'il paraît avoir inspirée lui-même à Dupuytren, et pour l'activité qu'il a mise à poursuivre la réalisation de cette idée, dès qu'elle est devenue une des volontés dernières de son illustre collègue.

— M. Cruveilhier, professeur d'anatomie, a été nommé à la chaire d'anatomie pathologique créée à l'école par suite du legs de M. Dupuytren.

— Un concours s'ouvrira, le 2 janvier 1836, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de clinique chirurgicale, vacante par la mort de Dupuytren.

—

Ordonnance relative aux officiers de santé de la marine.

Le *Moniteur* du 26 août contient une longue ordonnance du roi, contre-signée par M. Duperré, ministre de la marine, relative à la composition du corps d'officiers de santé de la marine, à leur admission, à leur avancement, à leur destination, à leurs appointemens, et aux attributions du conseil de santé.

En voici les principales dispositions :

Les grades et le cadre sont établis comme suit :

Inspecteur-général qui prend rang avec les contre-amiraux ; premier médecin, trois premiers chirurgiens, trois premiers pharmaciens en chef (rang de capitaine de vaisseau) ; cinq seconds médecins en chefs, quatre seconds chirurgiens et trois seconds pharmaciens (rang de capitaines de frégate) ; trois médecins, chirurgiens et pharmaciens professeurs (rang de capitaines de corvette) ; cinquante chirurgiens et sept pharmaciens de première classe (rang de lieutenans de vaisseau) ; cent chirurgiens de deuxième et troisième classes ; dix pharmaciens de deuxième et vingt de troisième classes (rang de lieutenant de frégate ou d'élèves de la marine de première classe.

Les places de chirurgiens de première, de deuxième et de troisième classes, et celles des professeurs ne pourront être données qu'au concours, suivant l'ordre de priorité établi par les jurys médicaux.

Art. 19. Appointemens :

Inspecteur-général,	10,000 fr.
Premiers médecins, chirurgiens et pharmaciens en chef,	5,000
Deuxièmes *id. id. id.*	3,500
Professeurs,	3,000
Chirurgiens ou pharmaciens de première classe,	2,400
id. id.. de deuxième classe,	1,800
id. id. de troisième classe,	1,100

Art. 21. Les officiers de santé embarqués recevront, pour la durée de leur service à la mer, un supplément égal au quart de leurs appointemens, ou de la moitié s'ils ont été embarqués en remplacement d'officiers de santé du grade supérieur.

Le titre VI donne la faculté de créer des officiers de santé auxiliaires qui seront licenciés dès que les circonstances auront cessé ; leurs appointemens seront ceux des chirurgiens entretenus de troisième classe.

Viennent ensuite quelques dispositions peu importantes sur les fonctions du conseil de santé et celles de l'inspecteur-général, et sur le

nombre des chirurgiens à embarquer en temps de paix et en temps de guerre sur les bâtimens de l'état.

— Le *Moniteur* du 27 août publie deux ordonnances relatives à la médecine : la première adjoint au conseil de santé, établi auprès du ministre de la guerre, deux officiers de santé principaux, pris dans les hôpitaux militaires de Paris, l'un dans la profession de la médecine, l'autre dans celle de la chirurgie; — la deuxième ordonnance nomme à ces fonctions M. Broussais, médecin principal du Val-de-Grâce, et M. Pasquier, chirurgien principal de l'hôtel des Invalides.

—

Statistique des hôpitaux de France.

D'après des recherches statistiques récentes, on compte en France 1,349 hôpitaux et hospices.

Le mouvement des malades pendant l'année 1833, dans ces établissemens, a été le suivant :

Malades existans au 1er janvier de cette année,	154,253
Malades admis pendant l'année,	425,049
Total des malades traités,	579,302

Sur ce nombre, 381,169 sont sortis et 45,303 sont morts, et il restait 152,830 malades en traitement le 1es janvier 1834.

Les revenus ordinaires et extraordinaires des hôpitaux de France ont été, pour cette année, de 51,222,061 fr. 08 c. et les dépenses ordinaires et extraordinaires de 48,842,067 fr. 08 c.

Le terme moyen annuel des recettes des hôpitaux par département est de 595,605 fr. 38 c.; le terme moyen des dépenses est de 567,931 fr. 35 c.

Les deux départemens qui offrent le maximum des recettes et des dépenses sont la Seine et le Rhône. La Seine a pour recette 10,057,098 fr. 72 c.; et pour dépense 10,054,225 fr. 13 c. Le Rhône offre 2,300,293 f. de recette et 2,325,496 f. de dépense.

Le département qui offre le minimum des recettes et des dépenses est la Corse : Recettes 44,355 fr. 31 c.; dépenses 42,380 fr. 76 c.

—

CONCOURS.

Le concours de la section de chirurgie pour l'agrégation est terminé. Les épreuves de ce concours ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Question écrite : *Traiter des ruptures de la matrice et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

Première épreuve, verbale : *Leçon après quarante minutes de préparation.*

MM. Rigolot, Lécorché-Colombe, Sédillot : *Des abcès de l'aisselle.*

MM. Huguier, Lenoir, Delmas : *Fistules à l'anus.*

MM. Lebaudy, Camus, Malgaigne : *La hernie inguinale.*

MM. Loir, Larrey, Boys de Loury : *L'anévrysme de l'artère sous-clavière.*

Deuxième épreuve : *Lecture des compositions écrites.*

Troisième épreuve, verbale : *Leçon après vingt-quatre heures de préparation.*

MM. Malgaigne, Rigolot, Boys de Loury : *Nécrose.*

MM. Loir, Lebaudy, Camus : *Des plaies pénétrantes de l'abdomen.*

MM. Huguier, Lenoir, Larrey : *Des ulcères en général.*

MM. Lécorché-Colombe, Sédillot, Delmas : *Phlébite traumatique.*

Quatrième épreuve : *Thèses.*

M. Malgaigne : *Quel traitement doit-on préférer pour la fistule lacrymale?*

M. Lécorché-Colombe : *Des avantages et des inconvéniens des différentes espèces de suture dans le traitement des affections chirurgicales.*

M. Loir : *Des ulcérations du col de l'utérus et de leur traitement.*

M. Delmas : *Quels sont les avantages et les inconvéniens des différentes manières de traiter les fractures de la jambe et de la cuisse?*

M. Camus : *Les abcès métastatiques sont-ils le résultat de la phlébite ou de la résorption purulente? Décrire les caractères et le traitement de ces abcès.*

M. Rigolot : *Quels sont les avantages et les inconvéniens respectifs de l'amputation dans la continuité et dans la contiguité des membres?*

M. Boys de Loury : *Des tumeurs fongueuses sanguines et de leur traitement.*

M. Huguier : *Discuter la valeur des différentes méthodes de traitement proposées contre les varices.*

M. Lebaudy : *Les diverses espèces d'ophthalmie présentent-elles des caractères anatomico-pathologiques qui leur soient particuliers, et peut-on fonder sur cette base la distinction de ces espèces?*

M. Larrey : *Quel est le meilleur traitement des fractures du col du fémur?*

M. Sédillot : *Quelles sont les différentes méthodes de traitement des plaies, et quels sont les différens modes de consolidation.*

M. Lenoir : *Quels sont les cas et les lieux où il convient d'amputer la jambe?*

Les candidats nommés, sont :

MM. Sédillot, Lenoir, Hipp. Larrey, Malgaigne.

PATENTE DES MÉDECINS.

Monsieur,

La lecture de la brochure, aussi bien raisonnée que sagement écrite, de M. Louyer-Villermay, sur la patente des médecins, insérée dans votre n° de janvier dernier, m'a suggéré des réflexions que je crois devoir vous soumettre comme ma part du tribut que chacun doit à la dignité de sa profession. Ce n'est qu'une esquisse de tout ce qu'on pourrait dire à ce sujet. Vous en ferez tel usage qu'il vous plaira, et peut-être conviendrez-vous que le médecin dans cette affaire ne doit pas prendre une attitude suppliante.

Si la justice et l'égalité dictaient uniquement les lois qu'exigent les besoins sociaux, celle qui nous soumet à la patente n'eût jamais été faite ou serait bientôt annulée si les déterminations

législatives n'étaient prises sous l'influence d'une nécessité du moment, vraie ou supposée. La confiante bonne foi avec laquelle M. Louyer-Villermay s'adresse au pouvoir, prouve qu'il croit à la valeur du droit, parce qu'il conclut, en honnête homme, du devoir au fait. Je ne partage pas, je l'avoue, son illusion, source de ses nobles espérances. L'intérêt général est le prétexte de tout en gouvernement, et il faut être bien convaincu qu'avec ce grand mot, il n'est pas de considérations, quelque justes, quelque élevées qu'elles puissent être, qui déterminent aujourd'hui le fisc, dans l'embarras où il se trouve, à renoncer au produit honteux de la patente des médecins.

En appeler à la reconnaissance est une duperie; à la raison, à l'équité, une erreur. En vain prouverez-vous les sacrifices, les peines, les privations qui ont précédé une réception qui vous est chèrement vendue, les fatigues, les tribulations qui vous suivent dans votre utile carrière.... ce sont toutes choses que vous avez dû prévoir et que vous avez acceptées dans l'expectative d'un salaire à venir... La misère, l'infirmité, vous leur devez des soins gratuits et même des secours, parce que vous les voyez et les connaissez bien : c'est votre premier devoir, c'est la condition de votre existence médicale; la société ne vous doit que la protection commune. Nous n'en voulons pas d'autre, doivent répondre les médecins. Ministres d'un sacerdoce de bienfaisance et de charité, nous nous glorifions des obligations de notre profession. Aux sacrifices, aux charges qu'impose à tous l'intérêt social, nous ajoutons ceux que la douleur et l'humanité réclament de nous; à l'injustice, à l'ingratitude nous opposons le dévouement de notre existence entière. Ainsi résignés, soumis à la patente, nous sommes bien autorisés à vous en parler librement à vous, gouvernement, qui ne pouvez vous priver de son produit. Mais pourquoi, dans un état de détresse, n'avez-vous pas les ressources que présentent les industries bien plus lucratives et plus patentables que la médecine, et tous les bénéfices des fonctions publiques qui sont bien aussi des industries? Pourquoi les avocats, avoués, notaires, huissiers se trouvent-ils exempts de la patente?

M. Louyer-Villermay, dans sa brochure, guidé par des égards d'une convenance que je n'ai point l'intention de blâmer, ne parle qu'avec une réserve transitoire, si je puis dire, de la comparaison qu'on pourrait établir entre les médecins et les avocats : cependant ce sont les deux professions qui peuvent le mieux offrir les termes d'une raisonnable comparaison; et tout en se plaçant au dessus du ridicule des préséances sociales, on peut, on doit d'autant mieux les comparer que dans la discussion qui eut lieu dans une autre session de la chambre des députés où les avocats sont en majorité, on essaya, faiblement il est vrai, de les mettre en parallèle avec les médecins qui durent perdre leur cause, ayant tout le barreau contre eux. Il est certain cependant que si le mérite et l'utilité des deux professions eussent été comparativement appréciés, les médecins auraient eu l'avantage au moins dans la conscience publique.

Aujourd'hui que la question doit se représenter et que l'Etat a de plus grands besoins, les avocats ne céderont rien aux médecins en dévouement pour un ordre de choses dont ils sont tant favorisés, et renonceront à l'exemption de la patente. Nous n'en doutons pas; mais il faut que tout le monde sache bien que c'est justice; il faut prouver qu'ils ne méritent pas de priviléges ni pour leurs études, ni pour leurs connaissances, ni pour l'exercice et l'utilité de leur profession, comparativement aux médecins.

Celui qui se destine au barreau ne s'impose qu'un travail dont presque tout le monde est capable, l'étude des lois en général anciennes et nouvelles, leur influence et leur application aux intérêts de la société, des familles et des individus; cette étude est vaste, mais elle est une, et bien qu'elle doive comprendre celle de l'histoire et des mœurs des nations, elle ne se complique d'aucune autre qui puisse détourner l'attention d'un but unique et fatiguer par les efforts divergens d'une application multiple. Aussi combien de loisirs les occupations obligées d'un étudiant en droit ne lui laissent-elles pas pour les plaisirs ou les études d'agrément! Rien ne trouble son repos, ne menace sa santé, et, pendant trois à quatre ans d'une étude facile, sa jeune existence s'embellit d'un avenir d'ambition rarement improductive.

A celui qui se dévoue à la médecine, quel immense horizon se présente! quelles variétés de connaissances s'offrent à ses yeux, comme autant de difficultés opposées au zèle et à la soif du savoir! De quels dégoûts, de quelles fatigues ne trouve-t-il pas hérissée la carrière dès en y entrant! A-t-il eu le courage de franchir ces premiers obstacles, il n'a rien fait encore, il doit son application à d'autres sciences, s'il ne les possède. Les premiers élémens des mathématiques, la physique, la chimie, la botanique, la météorologie, l'histoire naturelle en général, lui sont indispensables. Indépendamment de ces études variées, il doit une partie de son temps aux cours spéciaux de médecine, aux amphithéâtres, aux hôpitaux où, surmontant toutes les répugnances, bravant toutes les contagions, il passe la moitié de sa vie, pendant dix ans de travail et de veilles. Y a-t-il parité entre ces deux conditions d'étudiant, et pourrait-il y en avoir dans le résultat nécessaire de travaux si disproportionnés, pour l'étendue des connaissances et leur utilité? Mais voyons leur application.

L'avocat attend dans son cabinet l'occasion d'utiliser ses talens, hors les cas où le malheur dans les fers réclame son assistance. Alors son rôle l'ennoblit à l'égal de celui du médecin; il porte dans le séjour de l'affliction la consolation et l'espérance. Défenseur de l'innocence ou de l'erreur, il en devient l'ami et souvent le seul appui de celui que tout semble abandonner; parfois aussi l'indigence trouve en lui avec des conseils salutaires les secours de la bienfaisance. Ces circonstances, heureusement rares, excepté celles où le besoin d'une réputation l'oblige, à son début, de courir à la recherche des causes d'éclat, l'avocat ne quitte son cabinet que pour le palais. Tranquille en donnant ses consultations et l'offre de son éloquence, il

en reçoit immédiatement le salaire. Précaution sage qu'autorise le silence de la loi qui ne lui donnant pas le droit de poursuivre son débiteur s'en est rapportée à l'attention qu'il aurait de ne pas oublier de s'en faire payer.

Les clients du médecin ne peuvent que rarement venir le consulter; c'est lui qui, le jour, la nuit, dans toutes les saisons, va porter des secours au pauvre comme au riche; il pénètre dans les familles où le reçoivent la tristesse, les larmes, la frayeur; et si la confiance et l'espoir l'attendent au lit de douleur, de quels cruels sentimens n'est-il pas ému, lorsqu'en l'abordant il reconnaît l'impuissance de son art, dont les limites ont été placées par cette puissance universelle qui marche invariablement de la production à la destruction. Les consolations, le zèle et l'intérêt de la compassion deviennent encore alors d'utiles moyens d'adoucir des maux irremédiables. Peut-on, sans les avoir prouvées, juger des angoisses d'un médecin dans cette pénible situation? Les succès qu'il obtient sont sans doute des jouissances réelles, où la conscience trouve une douce récompense quand l'envie ou l'ingratitude lui en contestent le mérite pour le donner à la nature ou au hasard, comme si le médecin pouvait être jugé, apprécié par un étranger à la science et à son application. Le médecin sort de l'habitation du riche, espérant se livrer au repos; il n'en est pas pour lui, le pauvre l'appelle. Suivez-le sous les toits, dans les lieux infects où la misère et les infirmités qui en sont nées gisent sur un grabat que couvrent à peine de sales haillons; osez aborder avec lui ce triste séjour, dont le spectacle repoussant vous arrête, tous vos sens sont péniblement affectés, l'aspect hideux du moribond vous effraie, et la crainte de compromettre votre santé vous retient au dehors; votre cœur attristé, suffoqué, n'a plus que la force d'une bienfaisance commune à toutes les âmes vivement émues. Le médecin brave tout; il est déjà près du malade, lui prodigue ses soins, l'assiste et le console. Ce n'est pas aujourd'hui, c'est tous les jours qu'un tel devoir l'amène auprès des souffrances et du malheur, qu'il ne quitte qu'après y avoir remédié autant qu'il était en lui. Ici le salaire n'est que dans l'accomplissement d'une mission silencieuse, sans éclat, qui est de tous les instans; et, quand le riche lui refuse ce qu'il doit, use-t-il souvent du recours que lui donne une loi qui, prévoyant l'ingratitude, a voulu établir un droit qui honorât le créancier et flétrît le débiteur?

On ne prétendra plus de nos jours, sans doute, appuyer des préférences ridicules sur la prétendue indépendance de l'avocat, chimère d'orgueil que détruit journellement l'intérêt personnel. En quoi l'avocat est-il plus libre qu'un autre industriel? Le marchand n'est-il pas libre de ne pas vendre? L'avocat est si peu indépendant, que du produit matériel de sa profession dépendent, pour les uns, le nécessaire à la vie animale, et pour les autres le besoin du faste et du superflu. Quel homme, vivant du produit de son talent, peut se dire indépendant, et, quand il n'en est pas réduit à l'exigence du nécessaire, ne subit-il pas celle de l'ambition? Le médecin ne se dit pas libre, lui; esclave de ses devoirs et des besoins d'autrui, il n'a pas une heure dont il puisse disposer en dehors de ses obligations. En mérite-t-il moins la protection de la société? Le sacrifice de son existence entière le placerait-il dans un cas d'exception qui légitimât une injustice? Et pour tant de dévouement il ne réclame qu'une égale répartition des charges et des récompenses, selon le mérite et l'utilité! Celle de la médecine ne pourrait être contestée que par l'ignorance et la mauvaise foi, qui n'y veulent voir qu'incertitude et conjecture; cette science n'est-elle pas arrivée de nos jours à des résultats aussi positifs, aussi logiques que puissent en fournir la raison et l'expérience? Est-il une affection organique inconnue au vulgaire, ignorée même du malade, qui ne soit mathématiquement déduite des symptômes, et prouvée par l'anatomie; et faut-il ailleurs chercher la cause de nos maladies? Enfin, détracteurs d'une science que vous ne concevez pas, que vous n'appréciez que dans la douleur, le diagnostic et le prognostic ne sont-ils pas d'une vérité effrayante dans les maladies au dessus des ressources de l'art, et sont-ils moins vrais alors qu'ils vous annoncent le retour à la santé? Si, dans des cas exceptionnels, l'obscurité des symptômes laisse un doute qui semble autoriser l'application de l'*errare humanum est*, du moins rien n'autorise à refuser la bonne foi dans la pensée et l'action.

La science de l'avocat offre-t-elle plus de certitude? on a peine à le croire lorsqu'on voit les plus savans donner journellement des preuves d'erreur. Personne n'admettra qu'un avocat se charge sciemment d'une mauvaise cause, d'une cause injuste; et pourtant que de consultations contradictoires dans la même affaire, et pourtant tous les procès sont contradictoirement plaidés par avocats pour et contre, et jugés, c'est-à-dire, qu'il y en a un de condamné; il y a donc eu erreur dans l'un ou l'autre: s'il fallait en conclure que l'issue des procès prouve que la moitié des avocats est chaque jour dans l'erreur, où serait la certitude de la science? Si, par impossible, on s'en prenait au défaut de savoir ou de sagacité des juges, il faudrait toujours que l'erreur fût quelque part, et il y a là moins de certitude qu'en toute autre science.

On ne voit pas à quel titre seraient accordées des exemptions de charges publiques. Les médecins maintenus à la patente, les avocats y doivent être portés, et le seront.

Votre confrère,

ROUVIER.

Je conçois qu'on répugne à se soumettre à la patente, mais j'ai la conviction que s'il est une chance pour les médecins, elle n'est que dans le danger que peuvent courir les avocats d'y être assujétis.

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° IV. — OCTOBRE 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

1. MÉMOIRE SUR LES ENGORGEMENS DU TESTICULE.

Troisième article.

Dans deux mémoires, insérés dans ce journal (1), j'ai fait la description des tubercules, des cancers squirrheux et encéphaloïde du testicule; il me reste à traiter de quelques autres engorgemens des glandes séminales : parmi ceux-ci, les uns très fréquens, tels que l'orchite, intéressent beaucoup le praticien; d'autres plus rares, tout en offrant une étude plus attrayante aux médecins qui s'occupent particulièrement d'anatomie pathologique, sont cependant importans à connaître de ceux qui passent la plus grande partie de leur temps au lit des malades. En rendant le diagnostic plus facile et plus sûr, ces connaissances acquises feront éviter des erreurs également fâcheuses et pour le malade et pour le médecin qui les commet.

ENGORGEMENT INFLAMMATOIRE DU TESTICULE OU ORCHITE.

Je réunirai dans la même description l'inflammation du testicule, qui est due à l'action des causes générales des maladies, telles qui contusion, impression du froid, et celle que suit la suppression brusque de la blennorrhagie; car toutes deux s'accompagnent d'un grand nombre de symptômes analogues, présentent les mêmes lésions pathologiques, réclament pour ainsi dire le même traitement. Cependant j'aurai soin de signaler, dans le cours de ce travail, quelques particularités qui appartiennent plus spécialement, soit à l'une, soit à l'autre de ces maladies.

On donne à cette inflammation le nom d'orchite. La première se nomme orchite simple, la seconde orchite blennorrhagique; celle-ci a encore reçu d'autres dénominations, telles que hernie humorale, chaudepisse tombée dans les bourses, testicule vénérien. Sans m'arrêter à critiquer ces expressions, je dirai que la dernière, celle de testicule vénérien, est complétement mauvaise; elle tend à faire confondre deux maladies bien distinctes, savoir : l'inflammation blennorrhagique, dont je m'occupe, et le véritable engorgement syphilitique du testicule, dont je parlerai plus loin.

Les causes qui produisent l'orchite simple sont : les contusions du testicule, les efforts réitérés et violens, comme ceux auxquels on se livre en soulevant de pesans fardeaux; l'impression subite du froid sur le scrotum; l'irritation du *sinus pocularis* par la pointe d'une bougie ou par l'urine, dans le cas de rétrécissement de l'urètre; l'irritation de l'urètre, du col de la vessie par une sonde à demeure, ou l'extraction d'un calcul volumineux; la rétention prolongée du sperme; l'interruption brusque de l'éjaculation; l'émission trop réitérée de la liqueur séminale; les purgatifs drastiques; la pression d'un brayer sur le cordon spermatique.

L'orchite aiguë peut être épidémique. M. Rocques (*Archives générales de médecine*, t. XIX, p. 618) parle d'une épidémie de ce genre qu'il a observée en 1826; la maladie était précédée pendant trois ou quatre jours d'engorgement des parotides. Elle peut être la terminaison de fièvres catarrhales, ainsi que le docteur Bourges en a rapporté plusieurs observations dans le trente-unième volume du *Journal de médecine* de Sédillot, pag. 54. Dans certains cas, on l'a vue alterner avec des inflammations de la parotide, avec l'hydarthrose, principalement celle du genou. Enfin, M. Aubert a rapporté l'observation d'un engorgement inflammatoire d'un testicule, qui a disparu rapidement après que le malade eut rendu une masse considérable de tænia (*Dict. des sciences méd.*, t. L, p. 24).

Quant à l'orchite blennorrhagique, elle reconnaît pour cause la diminution ou la suppression brusque d'un écoulement de l'urètre. C'est rarement pendant la période d'acuité de cet écoulement que l'orchite se déclare. On voit dans le mémoire de M. Gaussail (*Arch. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 191) que, dans la grande majorité des cas, c'est quand la blennorrhagie date de quatre, cinq ou six semaines, que le déplacement s'opère. Toutes les causes qui produisent l'orchite simple peuvent déterminer l'orchite blennorrhagique; on doit y ajouter l'emploi de certains médicamens qui arrêtent brusquement l'écoulement urétral, l'acte de la génération, etc.

On a tenté différentes explications au sujet du mode de transmission de l'inflammation de l'urètre au testicule. Dirai-je que les uns ont vu dans ce déplacement le résultat de la chute de l'humeur de la gonorrhée dans les bourses; de la rétention du sperme, rendu plus épais par son mélange avec des humeurs virulentes (Astruc); de cette rétention causée par la continence dans laquelle vivent les personnes affectées de blennorrhagie; d'une sécrétion spermatique rendue plus active par suite de l'irritation dont le testicule est le siége, ou simplement de la sympathie qui existe entre cet organe et l'urètre. Nous trouverons plus loin

(1) Voyez tome deuxième, pag. 141 et 337.

une explication plus naturelle, et en faveur de laquelle plaident quelques faits qui ont été bien observés.

L'orchite blennorrhagique est infiniment plus fréquente que la simple.

La position du testicule gauche l'expose, dit-on, plus que le droit à être atteint d'inflammation; pareille fréquence s'observe-t-elle dans l'orchite blennorrhagique? M. Lagneau le pense: cependant, sur soixante-neuf observations citées dans le mémoire de M. Gaussail, il y en a quarante-cinq à droite et vingt-quatre à gauche. L'inflammation est ordinairement bornée à un seul testicule; quelquefois elle passe de l'un à l'autre, et même revient au premier, ou bien elle les affecte tous deux ensemble.

Dans l'orchite blennorrhagique, le mal commence par un picotement ou des pesanteurs au périnée et au dessus de l'anus; puis il survient une sensibilité obscure et un léger gonflement de l'épididyme. M. Gaussail s'est assuré que certains malades intelligens et attentifs avaient senti la douleur partir profondément de la vessie, gagner le canal inguinal et de là descendre dans les bourses; en même temps, ce médecin a reconnu que l'engorgement du canal déférent s'étendait dans le même sens, depuis l'anneau du grand oblique jusqu'à l'épididyme. Ne trouve-t-on pas dans ces faits la véritable explication de la formation de l'orchite blennorrhagique? N'est-il pas évident que l'inflammation se transmet de proche en proche et par continuité du tissu de l'urètre dans les canaux éjaculateurs; de ceux-ci dans le canal déférent, et de là à l'épididyme et au testicule? Cette opinion est encore confirmée par le résultat de l'inspection anatomique des parties malades. M. Gaussail a trouvé, dans un cas, une matière blanche, granuleuse, remplissant les vésicules séminales et le canal déférent; les parois de celui-ci colorées par une injection vasculaire depuis le bassin jusqu'à l'épididyme; ce dernier gonflé, dur, couleur lie de vin, tandis que le testicule avait son volume ordinaire, et que sa substance ne paraissait nullement altérée. Dans un autre cas, où l'inflammation était plus aiguë, les portions bulbeuse et prostatique de l'urètre étaient manifestement enflammées; le canal déférent était rouge, injecté, les parois étaient épaissies et sa cavité diminuée; l'épididyme très dur avait doublé de volume; la substance du testicule commençait à s'injecter; sa tunique albuginée était recouverte d'un réseau vasculaire serré et bien appréciable.

Dans l'orchite simple, la douleur et la tuméfaction commencent par le testicule; mais au bout d'un certain temps, quelle que soit la partie qui ait été primitivement affectée, le scrotum acquiert promptement le double, le triple de son volume; la tuméfaction peut devenir beaucoup plus considérable encore; on l'a vue portée au point d'égaler la tête d'un fœtus à terme, celle d'un enfant de six mois (Dumont, *Thèse de Paris*, 1830, n° 223) et même celle d'un enfant de deux ans (Daniel Ludovicus, *Coll. acad., part. étrang.*, t. III, p. 413). L'on avait pensé jusqu'ici que ce développement s'accomplissait dans la glande enflammée; cependant l'obstacle que la tunique fibreuse du testicule doit apporter à une dilatation rapide et considérable, fit naître dans l'esprit de quelques médecins des doutes sur le siége de la tuméfaction. M. Rochoux professe aujourd'hui l'opinion que, dans l'orchite aiguë, le gonflement est dû à une effusion de liquides dans la cavité de la tunique vaginale. Ce médecin signale l'analogie qui existe entre les accidens que l'on observe à la suite d'une injection dans cette cavité affectée d'hydrocèle, et ceux qui accompagnent l'orchite pendant les premiers jours de la maladie; cette analogie est confirmée par le phénomène de la fluctuation, qu'une main exercée peut découvrir dans la tumeur enflammée, et surtout par l'inspection anatomique des gonflemens de ce genre, soumis à la dissection.

Ces faits, bien observés, prouvent sans réplique que, dans certains cas au moins, la tunique vaginale est enflammée, et qu'elle sécrète un fluide qui distend les enveloppes du testicule; mais il ne s'ensuit pas que cette glande ne concoure en aucune façon au développement du scrotum; elle doit, au contraire, se gonfler en raison de la violence de l'inflammation et de la quantité de sang qui la pénètre; il est même probable que, sauf les cas où la tuméfaction est portée rapidement à un point considérable, la dilatation s'opère plus aux dépens du testicule que de la tunique vaginale. D'ailleurs, l'épididyme privé d'enveloppe fibreuse, se prête aisément à une dilatation rapide, et qui porte principalement sur ses extrémités.

La forme générale de la tumeur est arrondie, tantôt ovoïde, tantôt piriforme à grosse extrémité inférieure; quelle qu'elle soit, on peut toujours, selon la remarque de M. Cullerier, distinguer par le toucher l'épididyme du testicule. La douleur est extrêmement vive; elle peut être portée au point de priver le malade du sommeil; elle s'exaspère par la pression la plus légère, les mouvemens du corps, les secousses, la position verticale, le testicule étant abandonné à son propre poids; elle diminue quand le malade est couché, le testicule ramené vers l'anneau et soutenu dans cette position. Cette douleur n'est pas bornée au scrotum; elle s'étend le long du cordon spermatique, à travers le canal inguinal, jusque vers les lombes; elle peut aussi s'irradier vers l'épine de l'ilion, la hanche, la partie interne de la cuisse du côté malade. En se prolongeant vers le col de la vessie, la douleur produit la dysurie, l'envie fréquente d'uriner. A. Cooper dit que, dans quelques cas, le crémaster est affecté de spasmes. La chaleur de la partie s'accroît, la couleur de la peau présente bien des nuances, depuis celle qui lui est ordinaire, ou une teinte légèrement rosée jusqu'au rouge le plus foncé. Les veines du scrotum sont fortement injectées. La pression exercée sur cette partie y laisse l'impression du doigt, ce qui tient à une effusion de liquides dans le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, des symptômes généraux proportionnés à la violence de l'inflammation ou à la susceptibilité nerveuse du sujet, tels que l'accélération, la force du pouls, la fréquence de la respiration, la chaleur générale, la soif, le dégoût des alimens, quelquefois des nausées et même des vomissemens, l'agitation et parfois un délire passager accompagnent cet état.

Cette inflammation a ordinairement une mar-

che très prompte dans son accroissement ; le gonflement du scrotum peut devenir très considérable en quelques jours et même en quelques heures. Mais si la maladie est promptement portée à son *summum* d'intensité, sa période de résolution est loin d'être aussi rapide. En effet, les accidens, après avoir persisté pendant un, deux ou trois jours au degré que j'ai fait connaître, cèdent peu à peu ; la douleur disparaît la première, mais elle renaît avec la plus grande facilité à l'occasion des causes qu'on a vues l'exaspérer ; la rougeur cède également, mais le gonflement diminue avec une grande lenteur ; ce n'est qu'au bout de quinze jours à trois semaines au plus tôt, le plus souvent au bout d'un à plusieurs mois que le testicule reprend son volume naturel. La dureté décroît dans la même proportion. Il est à remarquer que l'épididyme et le canal déférent, qui sont les premiers affectés dans l'orchite blennorrhagique, sont aussi les parties dans lesquelles l'engorgement persiste le plus long-temps.

A. Cooper s'est assuré, par des dissections, que la tuméfaction qui persiste à la tête de l'épididyme, est ordinairement formée par une extravasation de matière plastique autour des conduits efférens ; il a vu ceux-ci épaissis, plus durs que de coutume, et d'une couleur brune foncée. On trouve quelquefois, dit-il, dans ce lieu un kyste plein d'un fluide mucilagineux ; les cloisons cellulaires du testicule sont hypertrophiées, et le nombre des tubes séminifères paraît diminué par suite de l'oblitération de plusieurs d'entre eux.

L'orchite ne se termine pas toujours par résolution ; dans quelques cas, l'inflammation abandonne brusquement le scrotum, et une métastase s'opère sur quelque autre organe, l'œil, la parotide ; plus fréquemment elle passe à l'état chronique, et constitue l'induration dont je parlerai plus loin. Dans quelques cas très rares, le testicule continue à perdre de son volume, et finit par éprouver une atrophie plus ou moins grande. Cette diminution chez le malade, dont le testicule avait acquis le volume de la tête d'un enfant de six mois, fut telle, qu'au bout de six semaines une des glandes avait le volume d'une petite noisette, et l'autre celui d'un haricot ; le malade n'éprouvait plus aucune jouissance dans le coït. Cette atrophie, dont MM. Larrey, Marjolin, A. Cooper et d'autres ont observé des exemples, est plus fréquente à la suite de l'orchite par contusion, que dans la blennorrhagique. En se rappelant les altérations qui ont été rencontrées par A. Cooper dans les canaux séminifères du testicule, dans le cas où l'engorgement passe à l'état chronique, on peut penser que l'atrophie de cet organe est due à la transformation complète de ces conduits en cordons imperméables. Une injection au mercure, faite à l'hôpital St.-Thomas, dans le canal déférent d'un testicule atrophié, ne pénétra pas au delà du milieu de l'espace compris entre l'anneau et l'épididyme.

Enfin, la suppuration et même la gangrène peuvent succéder à une violente phlogose ; la suppuration est excessivement rare dans les cas d'orchite blennorrhagique ; elle succède plutôt à la traumatique, et encore cela doit-il être peu fréquent, si l'on en juge par le petit nombre d'observations de suppuration rapportées par les auteurs, et surtout si l'on se rappelle que ce que l'on a décrit comme un abcès n'était le plus souvent qu'un tubercule ramolli. Cette pénurie d'observations m'engage à en faire connaître une qui m'est propre : j'ai présenté à la Société anatomique le testicule, l'épididyme et le canal déférent du côté droit d'un individu qui avait succombé rapidement à une péricardite, deux mois après que je lui avais pratiqué l'opération de la taille ; dans les quinze derniers jours de sa vie, ce malade avait offert les symptômes d'une orchite aiguë, occupant surtout l'épididyme et le canal déférent : ces parties étaient considérablement tuméfiées et distendues par du pus bien lié, qui avait parcouru leur cavité jusque dans l'excavation pelvienne. Dans les cas où l'abcès a son siége dans le testicule, la résistance que la tunique albuginée apporte à l'écoulement du pus, favorise l'extension de la maladie à l'intérieur de la glande, en sorte que la plus grande partie ou la totalité de sa substance peut être désorganisée. A Cooper a noté que, pendant la période de suppuration, il se développe une hydrocèle, dont le liquide a une couleur sanguinolente. Quand l'abcès est ouvert, il y a une exubérance des granulations, qui sont semblables aux fongosités du cerveau. Ces granulations, qui ont été prises pour un cancer, sont formées par les conduits séminifères que la tunique albuginée chasse au dehors. Dans ces cas, on a vu des chirurgiens ignorans exercer sur ces filamens des tractions, de manière à vider plus ou moins complétement le testicule. On connaît à ce sujet l'admonestation donnée par J.-L. Petit à un de ses confrères qui, depuis huit jours, tirait à chaque pansement ces petits filets fort exactement.

La terminaison par gangrène est encore plus rare que celle par suppuration. On a eu occasion de l'observer, dans les cas où on avait employé un traitement répercussif violent pendant la période la plus aiguë de l'orchite. Alors, la désorganisation atteint plutôt les enveloppes du testicule que les organes sécréteurs eux-mêmes. Cependant, on trouve dans les *Mémoires de chirurgie d'Arnaud*, t. Ier, p. 163, l'observation d'une gangrène des testicules : elle a été recueillie sur un soldat vigoureux, de trente à trente-cinq ans, qui avait été saisi d'un froid violent « dans le temps qu'il avait une chaudepisse tombée dans les bourses. » Le progrès fut si rapide, que six heures après, M. Germain, chirurgien en chef, fut obligé d'emporter les deux testicules et tout le scrotum. Le malade mourut.

Il peut encore rester à la suite de l'orchite une accumulation de liquides dans la tunique vaginale ; dans deux cas, M. Gaussail a vu cette hydrocèle disparaître spontanément ; dans un troisième, le mal a nécessité l'opération de l'injection.

Le diagnostic de l'orchite aiguë est en général facile à établir ; le gonflement œdémateux du scrotum, provoqué par un bain de vapeur, a pu en imposer, au dire de M. Gaussail, pour une inflammation des deux testicules ; mais alors les douleurs sont beaucoup moins vives, les cordons testiculaires conservent leur volume habituel ; s'il y avait un écoulement urétral, il n'est pas

supprimé. Une méprise plus facile à commettre a été signalée par A. Cooper : On pourrait prendre une orchite pour une hernie congénitale étranglée. Dans un cas de ce genre, S. Cooper reconnut la nature du mal aux signes suivans : absence de tumeur dans l'anneau, souplesse de l'abdomen, douleur bornée à un côté du ventre et n'augmentant pas par la pression. Mais si l'orchite est très intense, si le cordon enflammé forme une tumeur qui se prolonge à travers le canal inguinal, si des vomissemens sympathiques surviennent, avec douleur de tout le ventre, etc., on conçoit alors que le cas deviendra beaucoup plus embarrassant. A. Cooper conseille, avant toute opération, de s'assurer de la nature du mal par l'usage d'un minoratif et de lavemens purgatifs. Si l'erreur conduisait le chirurgien à pratiquer l'opération, il n'en résulterait rien de fâcheux ; loin de là, le débridement serait avantageux pour faire cesser l'étranglement du cordon, ainsi que je le dirai plus loin.

La méprise inverse peut être commise avec des conséquences bien plus graves : Lorsque j'étais chirurgien à l'hôpital des vénériens, un homme fut reçu dans mon service pour une tumeur du scrotum qu'il considérait comme un engorgement du testicule. La tumeur était survenue depuis peu de jours ; elle avait le volume du poing ; elle occupait le côté gauche du scrotum, le malade y ressentait de vives douleurs, la peau qui la recouvrait offrait une grande chaleur et une rougeur érysipélateuse jusqu'à la partie la plus inférieure. On l'avait considérée comme une inflammation du testicule, et en attendant la visite du lendemain, des cataplasmes émolliens avaient été appliqués sur la tumeur. Dans la nuit, des douleurs de ventre et bientôt des vomissemens se déclarèrent. En apprenant ces détails, je me livrai le matin à un examen fort attentif du malade. Celui-ci, d'une intelligence fort obtuse, ne put donner que des renseignemens incapables d'éclairer mon jugement ; cependant j'appris qu'il y avait interruption complète du cours des matières fécales depuis l'apparition de la tumeur. En palpant celle-ci avec soin, je trouvai sur sa face postérieure un corps arrondi, souple, qui me sembla être le testicule du côté gauche, ayant le même volume que celui du côté opposé. D'ailleurs la tumeur remontait vers l'anneau et envoyait un prolongement dans le canal inguinal ; mais il était difficile de dire si c'était le cordon enflammé ou quelque viscère hernié. Les plus légères tentatives de réduction étaient insupportables et n'amenaient du reste aucun changement dans la tumeur.

Je diagnostiquai une hernie étranglée de la tunique vaginale, et j'avoue que ce qui apporta dans mon esprit la conviction la plus forte, fut la tumeur globuleuse que je sentais à la partie postérieure de la tumeur principale. Mon savant collègue, M. Cullerier, que je priai de m'éclairer de ses lumières, partagea mon opinion. L'opération fut de suite résolue et pratiquée, et son issue prouva que le diagnostic était juste. Une anse d'intestin grêle et une énorme masse d'épiploon descendaient jusqu'au fond du scrotum dans la tunique vaginale du côté gauche et au devant du testicule, avec lequel les parties herniées n'avaient contracté aucune adhérence. L'étranglement avait son siége à l'anneau inguinal externe.

Le diagnostic devra offrir des difficultés plus grandes encore dans les cas, d'ailleurs très rares, où une hernie inguinale est étranglée dans le scrotum, par le passage de l'intestin à travers la tunique vaginale, ainsi que M. Dupuytren l'a fait connaître et que mon frère en a observé dernièrement un exemple très curieux à l'hôpital Saint-Antoine. Comme dans ce cas la tumeur est bornée au scrotum, et que l'anneau est traversé par une anse intestinale qui est libre à son intérieur, on ne pourra que soupçonner l'étranglement. Dans le doute, il faudra se comporter comme si on avait affaire à une hernie étranglée ; le danger d'inciser inutilement la tunique vaginale ne pouvant être comparé à celui qui résulterait d'un étranglement abandonné à lui-même.

On conçoit que les deux maladies puissent exister à la fois. Alors l'une des deux pourrait être méconnue ; mais ici encore l'opération de la hernie étranglée devrait être pratiquée.

Quant au diagnostic différentiel de l'orchite simple et de l'orchite blennorrhagique, la circonstance d'un écoulement de l'urètre préexistant et brusquement supprimé ne peut laisser aucun doute sur la nature de la tumeur ; mais si le malade cherchait à cacher l'origine de son affection, le chirurgien pourrait encore éclairer son jugement en ayant égard au sens suivant lequel l'engorgement se serait étendu : l'orchite blennorrhagique procédant du cordon au testicule, l'orchite simple ayant une marche inverse. D'ailleurs la réapparition de l'écoulement qui, dans le plus grand nombre des cas, se manifeste peu de jours après l'invasion de l'engorgement, et que l'on peut rendre plus manifeste en pressant convenablement l'urètre du bulbe vers la fosse naviculaire, ne pourrait laisser long-temps dans le doute sur la nature de l'engorgement.

L'orchite aiguë n'est pas une maladie dangereuse ; elle ne compromet pas l'existence du malade, à moins qu'elle ne complique quelque affection organique préexistante ; elle est fâcheuse cependant par la facilité avec laquelle elle passe à l'état chronique. L'orchite blennorrhagique est plus grave que l'inflammation simple, non seulement parce que sa cause est elle-même une maladie qui n'est pas sans danger, mais encore parce que les testicules auront la plus grande tendance à devenir le siége d'une affection semblable, si les malades contractent une nouvelle blennorrhagie.

Le traitement de cette maladie comprend, dans sa période aiguë : 1° le repos absolu, le décubitus horizontal, le testicule doucement soutenu et ramené vers l'anneau. Le premier précepte est plus important que tous ceux qui suivent, son observation seule suffit pour guérir ; tous les autres, sans lui, peuvent rester inutiles. La suspension du testicule peut être faite avec le bandage vulgairement appelé suspensoir ; il faut alors éviter que les chefs postérieurs entraînent le scrotum en arrière : pour parer à cet inconvénient, des chirurgiens préfèrent ramener ces chefs en avant vers le pli de l'aîne de chaque côté. J'ai l'habitude de supporter le scrotum avec un tampon de linge placé entre les cuisses du malade ; j'ai vu un cas où le

patient ne trouvait de soulagement qu'en approchant le testicule de l'anneau, et en le soutenant avec la main dans cette position.

2° Les émissions sanguines, qui seront générales, si le sujet est vigoureux, l'inflammation vive, et même dans tous les cas, suivant quelques praticiens, les sangsues, à tort blâmées par Boyer, seront appliquées une ou plusieurs fois au besoin sur le scrotum ou sur le trajet du cordon spermatique, jusqu'au niveau du canal inguinal. En les plaçant sur le scrotum, on s'expose à voir les piqûres suivies d'ulcères difficiles à cicatriser; M. Desruelles a été témoin d'un cas, dans lequel une veine sous-cutanée ayant été piquée, il en est résulté une hémorrhagie qui a donné quelque inquiétude. A. Cooper a remplacé avec succès l'application des sangsues par la saignée des veines du scrotum, qui se pratique en faisant tenir le malade debout et en plongeant ensuite les parties dans l'eau chaude.

3° Les bains entiers, les demi-bains : la proscription de ces derniers, faite par M. Lisfranc, pour certaines maladies de l'utérus, ne peut s'étendre à l'inflammation du testicule, quand tous les jours on a occasion de voir les bons effets qu'ils produisent dans cette affection.

4° Les applications émollientes et même narcotiques sur le scrotum.

5° Les boissons délayantes, la diète.

6° Les purgatifs légers et les éméto-cathartiques.

7° Quand la violence des symptômes inflammatoires commence à s'apaiser, on permet une alimentation de plus en plus abondante, sans jamais perdre de vue qu'une diète modérée est un des plus puissans auxiliaires des moyens résolutifs : ceux-ci d'ailleurs seront mis en usage à la même époque et seront rendus d'autant plus actifs que la maladie tendra davantage à passer à l'état chronique; leur emploi prématuré pourrait, selon la remarque de Boyer, ramener l'inflammation; d'autre part, les topiques émolliens trop long-temps continués entretiennent l'engorgement, loin d'en hâter la résolution. C'est dans cette période de la maladie que les purgatifs sont surtout avantageux.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, il reste quelque noyau d'engorgement et un peu de sensibilité dans le testicule ou l'épididyme, le malade devra éviter avec le plus grand soin toutes les causes qui pourraient ramener l'inflammation, et ne pas oublier que le meilleur moyen prophylactique est l'usage d'un suspensoir bien fait.

Lorsque la maladie se termine par suppuration, il faut donner issue au pus dès qu'on a reconnu la fluctuation. Si les ouvertures restent fistuleuses, on doit recourir aux moyens que j'ai conseillés pour la guérison des fistules, suite de la fonte des tubercules. Si les conduits séminifères s'échappent et produisent les granulations dont j'ai parlé, on peut avoir beaucoup de peine à obtenir la guérison. On pourra les comprimer avec un linge sec et un emplâtre adhésif dont on entourera le scrotum, ou les réprimer avec des poudres cathérétiques. Si tout cela échoue, il faudra, à l'exemple de A. Cooper, les comprendre entre deux incisions semi-elliptiques, les exciser près de la tunique albuginée, et réunir ensuite les lèvres de la plaie par première intention. Si la violence de l'inflammation et la tuméfaction énorme du cordon font craindre la gangrène, on doit, selon le conseil de Boyer, de A. Cooper, de M. Marjolin, porter l'instrument tranchant sur le canal inguinal, inciser l'anneau du grand oblique, et par ce véritable débridement, enlever l'étranglement que cette ouverture fibreuse fait éprouver au cordon spermatique.

Lorsque l'orchite est due à la suppression de la blennorrhagie, on a cherché à provoquer le retour de l'écoulement, soit en inoculant dans l'urètre le fluide blennorrhagique d'un autre malade, soit en irritant le canal par des injections, des bougies, etc. Le premier de ces moyens, malgré le succès que M. Gaussail en a retiré dans ces derniers temps, est généralement abandonné; quant au second, qui compte encore un assez grand nombre de partisans, M. Lagneau paraît redouter qu'il n'augmente l'irritation qu'on veut détourner. Mais, quand on a soin de ne pas enfoncer la bougie trop profondément, ainsi que le conseille M. Amussat, on n'a pas à craindre d'irriter l'embouchure des conduits éjaculateurs; M. Larrey, qui retire constamment de bons effets de ce moyen, n'a jamais vu survenir les accidens redoutés par M. Lagneau; j'ajouterai qu'à l'hôpital des vénériens j'ai fait sur un grand nombre de malades l'essai des bougies, et que, si je n'ai pas obtenu les résultats favorables que mentionnent d'autres praticiens, du moins aucun des malades n'a eu à souffrir de ce traitement. Également dans le but de rappeler l'écoulement, Vogel a obtenu d'heureux résultats en recourant de bonne heure à l'immersion des bourses dans l'eau de chaux, tandis que la verge plongeait dans du lait tiède. Swediaur ne craint pas de recouvrir le scrotum de substances répercussives; de la glace pilée, renouvelée de demi-heure en demi-heure, lui a procuré de très promptes guérisons. Le danger de voir survenir la gangrène éloignera les praticiens de l'emploi de ce moyen, quand surtout ils se rappelleront que Quesnay a vu un semblable accident suivre l'application d'un cataplasme fait de terre des remouleurs et de bière.

Je n'ai pas parlé ici du traitement anti-syphilitique, la discussion de l'opportunité de ce traitement appartenant plutôt à l'histoire de la blennorrhagie urétrale qu'à celle de l'engorgement blennorrhagique du testicule.

Il est une variété d'engorgement inflammatoire, qui mérite une mention particulière, c'est celle qui est occasionée par une forte contusion. Lorsque le scrotum a été exposé au choc violent d'un corps contondant, dont l'action s'est étendue jusqu'au testicule, il arrive souvent que quelques uns des vaisseaux sanguins de cet organe sont rompus, en même temps qu'il est fortement enflammé; il ne tarde pas à devenir volumineux, dur, tendu, très sensible et présente une couleur brune, due à l'épanchement du sang au dessous de la tunique albuginée. Si on abandonne la maladie à elle-même, on conçoit sans doute que le sang épanché puisse être résorbé; mais il n'en est pas toujours ainsi : une portion de la tunique albuginée se sépare et donne issue à la propre substance du testicule qui sort mélangée avec le pus; les choses se sont passées de la sorte dans un cas dont J.-L. Petit fut le témoin. Pour éviter cette fâcheuse terminaison,

ce chirurgien donne le conseil de faire à la tunique vaginale une ou plusieurs longues scarifications qui intéressent toute son épaisseur et par lesquelles s'écoule immédiatement le sang extravasé. C'est ainsi qu'il traita avec succès un cuirassier, qui avait reçu un coup de pied de cheval sur le scrotum, et dont les deux testicules étaient occupés par une ecchymose, qui lui fit d'abord craindre la mortification (*Traité des maladies chir.*, t. II, p. 477). M. Larrey traite les contusions violentes, suivies d'ecchymoses, par l'application de sangsues en petite quantité, à laquelle il fait succéder une compression graduée, exercée à l'aide d'un appareil dont les pièces sont imbibées d'une liqueur tonique et légèrement répercussive (*Clin. chir.*, tom. III, p. 59). Ce traitement devra être employé d'abord; s'il était insuffisant, il faudrait recourir aux incisions conseillées par J.-L. Petit.

ENGORGEMENT CHRONIQUE DU TESTICULE.

Sous le nom d'engorgement chronique des testicules, les auteurs ont décrit plusieurs altérations de ces organes, qui ne diffèrent pas moins par la cause qui les produit que par les lésions anatomiques qui les constituent. C'est ainsi que l'on trouve rangées dans ce chapitre, l'altération tuberculeuse dont j'ai tracé l'histoire, l'inflammation chronique du testicule, la tuméfaction de cet organe qui se produit sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle. Ce serait confondre des choses tout à fait dissemblables, que de conserver une pareille méthode, et c'est peut-être pour ne pas les avoir distinguées, que les chirurgiens ont commis tant d'erreurs dans le traitement des affections chroniques des glandes séminales. Je ne décrirai dans ce paragraphe, et sous le nom d'engorgement chronique du testicule, que la tuméfaction lente que produit l'inflammation franche de ces organes, tuméfaction bénigne, si je puis dire, et qui ne diffère de l'orchite aiguë que par une marche moins rapide, des symptômes moins violens, et surtout une durée beaucoup plus considérable.

Cette inflammation est ordinairement bornée à l'un des deux testicules. Elle est souvent la suite de l'orchite aiguë, soit simple, soit blennorrhagique. De plus, les causes qui produisent l'inflammation aiguë des testicules peuvent sans doute, par une action moins énergique, mais souvent répétée, amener l'inflammation chronique de ces organes. Parmi elles, A. Cooper regarde le rétrécissement de l'urètre comme une des plus fréquentes. Saviard a vu cette maladie produite par un corps étranger, une épingle arrêtée depuis plusieurs années dans le testicule (*Coll. acad., part. étrang.*, t. VII, p. 13). On pense encore que, lorsqu'elle survient primitivement, elle a pour cause prédisposante quelque affection générale, telle que la syphilis, les scrofules, le rhumatisme, etc.; mais, il est douteux que les deux premières affections contribuent en rien à son développement; nous avons déjà vu quelle est l'altération dont le testicule devient le siége chez les individus scrofuleux; je dirai tout à l'heure quelle est la marche que suit le testicule vénérien.

Suivant Cooper, le mal commence par la dureté et le gonflement de l'épididyme; il peut aussi débuter par le testicule. Ces parties prennent un volume et une pesanteur plus considérables, sans produire d'autre gêne que celle qui résulte du tiraillement que leur poids fait éprouver au cordon testiculaire. En palpant la tumeur, on sent distinctement que le testicule et l'épididyme ne sont pas confondus dans la même masse. Cette tumeur qui conserve presque toujours la forme du testicule est indolente, même à une pression médiocre; ce n'est que dans le cas où le gonflement devient très considérable qu'il se manifeste un peu de douleur; parvenu à un certain degré, l'engorgement chronique du testicule cesse de faire des progrès; il peut alors rester fort long-temps dans un état stationnaire.

J'emprunte à Cooper la description des désordres pathologiques que fait découvrir la dissection d'un testicule affecté d'inflammation chronique: dans ce cas, on trouve sa substance et celle de l'épididyme changées en une masse d'une certaine consistance et d'une couleur blanche jaunâtre; si on agite le testicule dans l'eau, après l'avoir incisé, on voit sortir des conduits séminifères un liquide blanc jaunâtre, et alors ils paraissent vides et dilatés; dans leurs interstices se trouve infiltré un liquide de même nature.

L'affection chronique du testicule est sujette à des exacerbations, pendant lesquelles la tumeur se gonfle considérablement et devient douloureuse. Si ces accidens se renouvellent fréquemment, la maladie peut se terminer par suppuration et affecter la marche que j'ai décrite à propos de l'orchite aiguë, ou bien le pus est sécrété en petite quantité et séjourne dans une partie du testicule; alors, le gonflement qui a diminué, pendant que le malade gardait le repos, commence à reparaître dès qu'il se lève et reprend ses occupations. Un chirurgien de cavalerie, fatigué de ces rechutes continuelles, se fit amputer le testicule; A. Cooper trouva un abcès chronique dans le centre de l'organe enlevé.

L'inflammation chronique du testicule diffère des affections encéphaloïde, squirrheuse et tuberculeuse, en ce qu'elle n'offre pas la dureté remarquable propre à la première période de ces engorgemens, ni la mollesse que l'on observe dans leur seconde période. Ce dernier caractère sert également à la différencier de l'épanchement de liquide dans la cavité de la tunique vaginale. Il n'est pas aussi facile de la distinguer de l'infiltration tuberculeuse; la cause présumée de la maladie, et surtout sa marche ultérieure, l'état général de la constitution, pourront éclairer le jugement du chirurgien. Je ne chercherai pas à établir ici le diagnostic entre l'inflammation chronique et l'hypertrophie du testicule; quel que soit mon respect pour l'opinion de M. Larrey, l'existence de cette dernière maladie ne me paraît pas suffisamment prouvée: les deux faits que ce chirurgien célèbre a consignés dans sa clinique chirurgicale, sous le nom d'*hypertrophie du testicule*, n'ayant pas été éclairés par la dissection des organes malades, peuvent être rangés parmi les engorgemens chroniques simples.

L'orchite chronique peut-elle se transformer

en cancer ? C'est une question que les faits seuls peuvent résoudre ; or, tandis que chaque auteur a émis son opinion sur ce sujet, aucun d'eux n'a cité d'observation bien recueillie, qui vînt la confirmer. Ce n'est pas que les faits manquent dans la science, mais ils sont rapportés d'une manière si imparfaite, qu'ils ne peuvent faire naître la conviction dans l'esprit : les uns manquent de détails suffisans, les autres sont des exemples d'engorgemens tuberculeux, confondus si souvent avec l'engorgement chronique simple, dans leur origine, et plus tard avec le cancer ; quelques uns même sont des exemples d'altération, que dès l'abord on peut reconnaître pour appartenir au squirrhe, mais que l'on a méconnus à cause de l'extrême lenteur avec laquelle se développe cette dégénérescence. S'il est vrai que la tuméfaction qui succède à l'orchite blennorrhagique persiste, ainsi que bien des auteurs l'ont remarqué, pendant un grand nombre d'années, il faudra bien admettre, ou que l'engorgement invétéré ne conduit pas nécessairement au cancer, car le premier est incomparablement plus fréquent que le second, ou qu'une cause, jusqu'ici inconnue, doit ajouter son action à celle de l'engorgement chronique, lorsque ce dernier se transforme en cancer. Mais, je l'avoue, j'ai quelque peine à croire à une semblable terminaison, quand surtout je vois en faveur de l'opinion contraire l'autorité de A. Cooper, qui pense que cette maladie n'offre jamais aucun caractère de malignité. Que penser dès lors du précepte donné si formellement par de grands chirurgiens de faire la castration, lorsqu'un engorgement chronique du testicule aura résisté à l'emploi de tous les moyens employés pour le combattre. N'est-ce pas parce que ces praticiens avaient alors en vue d'autres altérations à marche chronique, mais de mauvaise nature, qu'ils ont recommandé cette opération ? On comprend, d'après ce qui vient d'être dit, que le pronostic de l'orchite chronique n'offre pas de gravité ; que la maladie n'est fâcheuse qu'à cause de l'extrême lenteur de sa marche, de la difficulté de sa guérison, et surtout parce qu'elle expose à des méprises qui conduisent à une dangereuse mutilation.

Dans le traitement de cette affection, il faut rechercher si l'engorgement n'est pas lié à quelque influence générale, que l'on devra d'abord combattre. J'ai dit qu'il était peu probable que la syphilis ou les scrofules fussent pour quelque chose dans l'orchite chronique. Quant à une cause goutteuse ou rhumatismale, on a lieu de la soupçonner, si l'engorgement est survenu après la disparition d'un accès de l'une ou de l'autre de ces maladies.

Les remèdes externes doivent être pris dans la classe des fondans et des résolutifs ; outre ceux que j'ai indiqués en parlant de l'engorgement tuberculeux, on peut employer les cataplasmes faits avec un mélange de farine de fèves de marais et de fleurs de sureau, d'eau de savon, de sulfure de potasse ; les lotions avec l'alcool et l'acétate d'ammoniaque ou l'eau-de-vie camphrée ; des applications de sangsues sur le scrotum. Ces moyens seront aidés par les purgatifs à l'intérieur et le repos au lit long-temps prolongé. A Cooper a remarqué que, dans certains cas, la maladie était entretenue par un rétrécissement de l'urètre. On guérit l'un et l'autre à la fois, en rendant au canal ses dimensions naturelles.

(*La fin au prochain numéro.*)

BÉRARD *jeune*,
Agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.

II. DE LA PUNAISIE OU OZÈNE PUANT.

Deuxième et dernier article (1).

Dans la première partie de ce travail, j'ai fait connaître mes idées sur la nature de la punaisie ; j'ai ensuite indiqué un mode de traitement nouveau, et souvent efficace ; enfin, j'ai promis que, dans un article subséquent, j'analyserais avec soin la monographie de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, sur le *coryza chronique* et l'*ozène non vénérien*. C'est cette analyse que je fais aujourd'hui, non pas sèche et aride, mais exacte et détaillée, de manière à donner une idée complète d'une méthode thérapeutique qui, je le confesse, a devancé la mienne et qui devra toujours être employée, lorsque celle que j'ai conseillée n'aura pas été suivie d'un entier succès.

Après quelques considérations sur la structure de la membrane pituitaire, l'auteur indique avec exactitude les signes du coryza chronique, et insiste avec un soin tout particulier sur l'exploration des fosses nasales.

« L'exploration des fosses nasales, par les moyens ordinaires, est à ce point difficile, qu'il est à peu près impossible, dans la très grande majorité des cas, de savoir si les malades qui ont une odeur repoussante venant du nez, la doivent, soit à un vice de conformation de cette proéminence faciale (beaucoup de gens au nez épaté et camard ne sont point affligés de cette dégoûtante infirmité), soit au séjour prolongé du mucus nasal dans les sinus, les cornets, les méats nasaux, soit à l'ozène, soit à la carie, soit enfin à une sécrétion vicieuse et constitutionnelle de la membrane olfactive, ayant quelque analogie, mais sous ce rapport seulement, avec l'infecte transpiration des pieds chez quelques individus, et l'odeur particulière aux nègres et aux personnes ayant les cheveux et les poils rouges, ou d'un blond très prononcé. La difficulté de cette exploration met presque toujours le diagnostic et le traitement en défaut.

« Il ne faut cependant désespérer de rien dans ces cas embarrassans, car il reste la ressource des analogies qu'on ne doit pas outrer en médecine et en chirurgie, parce qu'elles sont souvent fausses, et qu'elles conduisent à l'erreur ; il reste encore celle des inductions rattachées à des faits connus, semblables ou à peu près semblables à celui dont on a à s'occuper ; restent enfin les explorations que j'appellerai *thérapeutiques*, et dont on use avec réserve, pour reconnaître à quel genre de lésion on a affaire. C'est ainsi que j'ai alternativement mis à contribution l'analogie, l'induction et une espèce d'*essayage* (ce néologisme rend bien mon idée) fait à l'aide d'une médication inoffensive,

(1) Voyez tome II, page 293.

inappliquée avant moi, comme je le dirai un peu plus loin, pour guérir une phlegmasie chronique de la membrane pituitaire ayant d'abord amené la stagnation, la putrescence du mucus nasal, puis l'ulcération et l'odeur de *punais* portée au dehors par l'air expiré, son véhicule naturel.

« Quoique l'exploration des fosses nasales, que j'ai toujours l'habitude de faire avec un stylet mousse légèrement recourbé en érigne, procure dans presque tous les cas la connaissance du siége de l'ozène et de la carie, quand ozène et carie il y a, il est néanmoins des circonstances dans lesquelles on ne peut acquérir cette connaissance : il faut alors prendre un autre parti. Ainsi, on examinera la conformation extérieure du nez; on verra s'il y a dépression, rétrécissement de sa racine et des narines, épaississement anormal de la membrane muqueuse olfactive avec ou sans flux muqueux, on questionnera le malade sur les divers coryzas qu'il peut avoir eus, et sur son enchifrènement habituel; on lui demandera de quelle époque datent, ou la difficulté de se moucher, ou l'écoulement continuel, purulent, jaunâtre ou verdâtre, sanieux et infect du mucus nasal; on examinera attentivement les mucosités sortant du nez, ou celles qu'on arrache en *reniflant*, et qu'on rejette en les crachant, quand l'acte du moucher est impossible ou fort difficile; on cherchera enfin à savoir si le sujet a eu ou n'a pas eu des maladies vénériennes. »

Dans le deuxième chapitre, l'auteur indique d'abord les traitemens divers employés avant lui pour combattre le coryza chronique et l'ozène. Ces traitemens sont assez connus et assez inefficaces, pour que nous ne croyons pas devoir nous y arrêter; mais celui que propose M. Cazenave est fondé sur des vues analogiques si bien décrites, que nous laisserons encore ici parler l'auteur.

« Tout, dans le coryza chronique et ses conséquences, me paraissait devoir se rattacher à deux choses : 1° à l'épaississement de la membrane pituitaire; 2° à l'obstacle mécanique s'opposant à la sortie du mucus nasal. De là devaient effectivement dériver la stagnation des mucosités, leur puanteur, leur action irritante et corrosive, puis les ulcérations et les caries non vénériennes. Il me sembla dès-lors possible de guérir ces diverses conséquences d'une phlegmasie chronique, et *à fortiori* la phlegmasie chronique elle-même, lorsque je la rencontrerais dégagée de toute complication vénérienne. Je dus espérer aussi d'obtenir la guérison des *punais*, chez lesquels la maladie existait avec ou sans ulcérations.

« Néanmoins, ces premières notions étaient insuffisantes, car je ne pouvais raisonnablement pas espérer que le modificateur de la vitalité morbide de la membrane pituitaire, acquise ou constitutionnelle, dont je voulais me servir, pourrait agir avec la même énergie sur tous les points de ce tégument interne. Je comptais cependant que le caustique (car c'est un caustique auquel j'ai recours) modifierait convenablement toute la surface malade, bien qu'il ne pût souvent être mis en contact qu'avec quelques points de la membrane muqueuse. Ce raisonnement, l'expérience et mes succès confirment ces prévisions.

« Quoi qu'il en fût, je cherchai d'abord à savoir si je pourrais découvrir le siége précis, soit de l'épaississement de la membrane pituitaire, soit du flux muqueux, soit du mucus stagnant, soit des ulcérations.

« En examinant de près quelques malades pris de coryzas chroniques, respirant par la bouche seulement, se mouchant beaucoup, ayant un flux muqueux, ou ne se mouchant pas du tout, et étant, dans ce dernier cas, obligés de rappeler les mucosités dans la bouche par une sorte de *reniflement*; en les examinant, je m'aperçus qu'ils rapportaient toute leur gêne, tout leur sentiment de pesanteur et leur enchifrènement habituel à la racine du nez, à la criblure ethmoïdale, et à une portion du reste de la paroi supérieure des fosses nasales. En dilatant leurs narines, et en les exposant à une vive lumière, je notai aussi un épaississement très remarquable de la membrane pituitaire et la presque obturation des narines chez quelques uns. C'était là un fait capital, puisqu'il est d'observation que c'est sur ces mêmes points de la surface pituitaire que le produit muqueux est toujours le plus abondant dans l'état physiologique : ce qui suppose une vie, des fonctions plus actives, et conséquemment une aptitude plus grande à devenir le siége du coryza et de ses conséquences. L'observation pratique, l'induction et le siége présumé du mal, me conduisirent à tenter la médication que j'avais imaginée, lorsque j'en trouverais l'occasion.

« Le nitrate d'argent fondu, employé d'abord en France, puis en Angleterre et aux Etats-Unis, dans le croup, mais surtout dans les affections couenneuses du pharynx, des fosses nasales, de l'arrière-bouche, etc., m'a semblé devoir être le meilleur agent pour remplir l'objet que j'avais en vue. On sait en effet que ce composé chimique, solide, peu soluble, et qu'on peut porter à toutes les profondeurs, n'est point absorbé, agit promptement, borne son action à la surface sur laquelle on l'applique, détermine des escarres qui tombent au bout de peu de temps, occasione fort peu d'inflammation, fait cesser les phlegmasies superficielles rebelles, modifie très bien la vitalité morbide des tissus, ramène conséquemment ceux qui sont malades à leur type normal, et use en quelque sorte l'épaississement des surfaces membraneuses chroniquement hypertrophiées. Ce caustique, appliqué sur la membrane pituitaire, provoque un éternument qui débarrasse les fosses nasales, et détermine une abondante sécrétion des larmes, comme le font les poudres sternutatoires et le tabac mis en contact avec les fosses nasales des sujets qui n'en font pas habituellement usage.

« La cautérisation que je propose, et dont je me suis déjà servi avec le plus grand succès sur un assez grand nombre de *punais* et de malades ayant des coryzas chroniques, doit n'être faite d'abord que sur les points que j'ai reconnus être le principal et le plus souvent l'unique siége du mal. Si plus tard on voit que l'odeur infecte ne s'amende pas, ou ne change pas de nature, il faut alors porter le nitrate d'argent dans toutes les directions où l'on peut faire pénétrer le

porte-caustique dont je parlerai tout à l'heure. On sera souvent exposé à cautériser les endroits sains de la membrane pituitaire, il faut bien l'avouer, et la douleur sera d'autant plus vive alors, qu'on agira sur des parties éminemment nerveuses, éminemment sensibles. Malgré ces inconvéniens, dont il est impossible de s'affranchir, je démontrerai, par des faits pratiques, que ce défaut de précision n'entraîne après lui aucune espèce de danger.

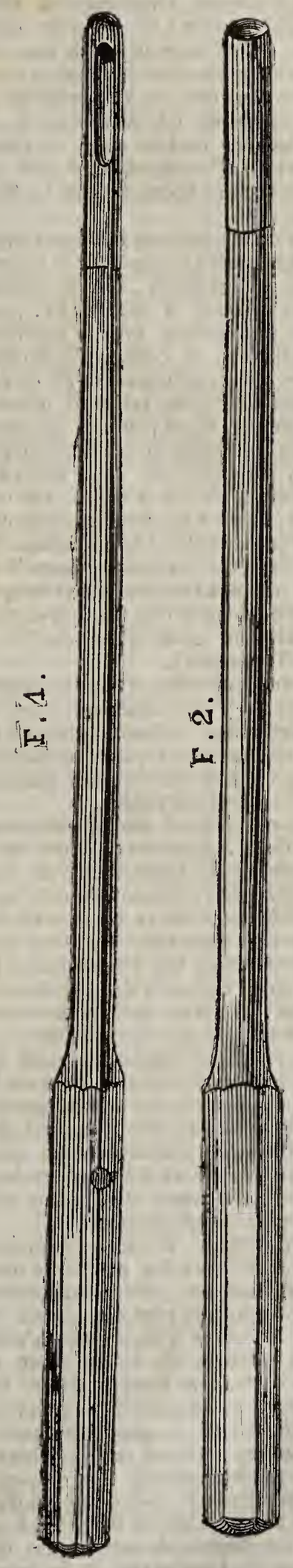
« C'est sur la parfaite connaissance anatomique de la voûte, des parois, du plancher, des méats et des cornets des fosses nasales, que doivent être basées les directions à donner à l'instrument qu'on fait toujours agir d'avant en arrière. La manœuvre que j'indique est d'autant plus facile, que la membrane de Schnéïder adhère intimement à toutes les surfaces des fosses nasales, et ne présente nulle part les replis qui servent à l'ampliation et aux mouvemens passifs des autres membranes de la même espèce.

« L'orifice inférieur du canal nasal, logé dans le méat inférieur, peut être impunément cautérisé, car il n'est rien survenu de fâcheux toutes les fois que j'ai été obligé de porter le nitrate d'argent aux environs de son ouverture.

« Les porte-caustique dont je me sers pour la cautérisation de la membrane pituitaire sont de trois sortes, de divers diamètres, et consistent en une tige d'ébène bien polie, taillée à huit pans inégaux à son extrémité manuelle, cylindrique dans tout le reste de son étendue, et marquée par un point blanc sur le côté correspondant à la cuvette destinée à contenir le nitrate d'argent. L'une de ces tiges, la plus petite, a une ligne et quart de diamètre, est pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette en platine disposée comme celle du porte-caustique du professeur Lallemand, ayant six lignes de long, une ligne de large à l'entrée, et très évasée dans le fond; le bout est mousse et légèrement olivaire. La seconde tige, la plus forte, a deux lignes de diamètre, est aussi pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette en platine ayant six lignes de long, une ligne trois-quarts de large à l'entrée, et plus évasée dans le fond. Le troisième porte-caustique, destiné à agir directement en haut sur la voûte des fosses nasales, a la même longueur que les autres, deux lignes de diamètre, et une cuvette toujours en platine, mais disposée de façon à former comme l'extrémité d'une canule ouverte.

« Comme la membrane qui tapisse les fosses nasales est fortement adhérente aux parois osseuses, il s'ensuit que le nitrate d'argent contenu dans la cuvette ne peut point être embrassé par elle comme cela arrive pour l'urètre, et qu'il y a nécessité de laisser déborder le caustique pour qu'il agisse plus énergiquement. Il faut du reste se rappeler que je ne fais marquer l'un des pans qu'afin de pouvoir toujours tenir la cuvette en rapport avec les points de la membrane muqueuse qu'on veut cautériser.

« Mais la cautérisation et les effets qu'on cherche à en retirer seraient tout à fait nuls ou de bien peu de valeur, si on n'avait le soin tantôt d'humecter les parois nasales internes desséchées, de diriger des vapeurs émollientes



sur elles, et tantôt d'absterger la trop grande quantité de mucosités qui les tapissent. Il est néanmoins quelques circonstances dans lesquelles le mal résiste à de pareilles cautérisations, parce qu'elles ne peuvent pas agir sur une assez grande étendue des cavités nasales. Il faut recourir dans ces cas à la solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent, soit en la portant sur les parties avec un pinceau de charpie, soit en l'injectant avec une seringue dont le long syphon recourbé devra être percé en arrosoir.

« Quoiqu'on ait indiqué les doses auxquelles on peut se permettre d'employer le nitrate d'argent liquide à l'extérieur, il n'est guère possible de rien préciser à cet égard, puisque la douleur que son contact avec la membrane pituitaire occasione, et l'effet qu'il produit, sont subordonnés à des particularités de constitution qu'il est bien difficile de saisir de prime-abord. Dans tous les cas, il est prudent de commencer par une solution légère qu'on concentre ensuite s'il y a lieu. Toutefois on peut mettre depuis quatre grains de nitrate d'argent sur une once de véhicule, jusqu'à un demi-gros de ce sel sur une once d'eau distillée. On est même allé, dans la période extrême du croup, jusqu'à instiller avec succès, dans la trachée, vingt-cinq à trente gouttes d'une solution d'un demi-gros de nitrate d'argent dans un gros d'eau distillée (M. le docteur A. Trousseau).

« Il est bien entendu, quant au traitement, que le coryza et l'ozène vénériens, que le coryza et l'ozène scrofuleux réclament d'abord l'emploi de moyens spéciaux, et que ce n'est qu'en second lieu qu'on doit en venir aux cautérisations faites avec le nitrate d'argent. »

Tout est parfaitement analogique dans la thérapeutique de M. Cazenave, tout est simple dans sa méthode de traitement; et toutes les fois qu'un praticien, laissant de côté les méditations mensongères de la théorie et du rationalisme, ne suit dans ses recherches thérapeutiques d'autres voies que l'empirisme et l'analogie, il est sûr d'arriver à des résultats d'autant plus heureux, que trop peu de médecins conçoivent la médecine de cette manière.

Toutefois, quelque rigoureusement qu'ait été suivie cette voie analogique, il faudrait bien reconnaître que nous nous sommes égarés si nous n'arrivions pas à un résultat heureux. Il restait donc à M. Cazenave à nous prouver que sa médication était bonne, et il l'a fait en rapportant trente-une observations, dont nous rapporterons ici les plus intéressantes.

Ire Série de faits. — *Coryzas chroniques sans odeur de punais.* — « Un avocat de mes amis, âgé de trente-huit ans, d'une constitution lymphatique, ne pouvant presque jamais travailler auprès du feu dans l'hiver sans s'endormir, s'habitua à prendre du tabac pour se tenir éveillé. Il s'en trouva bien pendant les deux premiers mois, se mouchait fréquemment, et s'assoupissait beaucoup plus rarement dans le jour, lorsque ses narines se desséchèrent et se bouchèrent graduellement. Les choses en vinrent à ce point que le malade ne pouvait presque plus se livrer au travail du cabinet, pendant deux ou trois heures de suite, sans éprouver bientôt après de l'embarras, de la pesanteur et une douleur à la racine du nez amenant une céphalalgie frontale. Des pédiluves sinapisés, des fumigations émollientes dirigées dans les narines, l'administration de quelques pilules purgatives et de demi-lavemens purgatifs aussi, ne produisirent aucun amendement. Cet avocat plaidait avec beaucoup de difficulté et avec une voix très fortement *nasonnée*. Je fis cesser l'usage du tabac que je considérais comme ayant été la cause déterminante du coryza chronique, et cautérisai la membrane pituitaire tous les trois jours pendant un mois, à l'expiration duquel le malade était revenu à son état premier.

« J'ai eu l'occasion de traiter, à l'aide du même moyen, cinq autres personnes d'âges et de sexes différens, porteurs de coryzas chroniques, et de les guérir toutes, à l'exception d'une jeune fille scrofuleuse, chez laquelle je n'ai retiré aucun effet avantageux de ce traitement, que je compte reprendre, si l'âge pubère n'amène chez elle un changement qu'on n'a pu obtenir par aucun des moyens prescrits en cas pareil.

« Comme la membrane pituitaire n'est jamais phlogosée à l'état aigu ou chronique sans que le prolongement qu'elle fournit dans le canal nasal le soit aussi, ai-je dit autre part, et que d'ailleurs cette inflammation détermine un gonflement de la valvule muqueuse qui occupe l'extrémité inférieure de ce conduit, il en résulte souvent que l'épiphora, ce symptôme commun de tous les obstacles apportés au cours des larmes, a lieu, et prédispose, soit à une tumeur, soit à une fistule lacrymale, si on ne parvient pas à guérir le coryza chronique.

« Trois épiphoras et deux tumeurs lacrymales commençantes, occasionés par des rhinites chroniques, s'étant présentés à mon observation, je me suis borné à les traiter en cautérisant la membrane pituitaire. Ce moyen, qui a complétement réussi sur quatre sujets, a échoué sur un cinquième (tumeur lacrymale), probablement parce qu'une céphalalgie à peu près permanente entretint une congestion sanguine, permanente aussi, de la membrane pituitaire, dont on concevra l'espèce de résolution, et le retour à son épaisseur normale ou proche-normale, dans les cas heureux, si l'on se rappelle que le nitrate d'argent l'usé et l'oblige à un surcroît de sécrétion muqueuse. »

IIe Série. — *Coryzas avec odeur de punais sans ulcération de la membrane muqueuse.* —

« Le nommé M***, habitant Sainte-Croix-du-Mont, âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament sanguin-bilieux, était *punais* depuis l'âge de quarante ans, époque à laquelle il avait eu la variole. Depuis lors, il était constamment enchifrené, se mouchait à peine, était fort sujet aux *rhumes de cerveau*, et ne pouvait se débarrasser un peu des mucosités sèches et puantes qui obstruaient les ouvertures postérieures des fosses nasales, qu'en les reniflant et en les crachant. M'ayant consulté en décembre 1828, il me fut facile de voir qu'il ne s'agissait pas d'ulcérations, et que je n'avais affaire qu'à un coryza chronique, avec épaississement de la membrane pituitaire, stagnation et semi-solidification du mucus nasal, dont l'air transmettait au dehors l'insupportable odeur.

« L'exploration que je fis avec mon crochet-mousse ne me fit rien reconnaître de particulier,

si ce n'est un épaississement de la membrane revêtant les narines, poussé au point de presque les boucher.

« Dans ce cas, je commençai les cautérisations sur l'une et l'autre narine, à l'origine de la membrane de Schnéïder, que j'usai peu à peu : au fur et à mesure que les escarres tombaient, et que j'avançais, le diamètre des narines augmentait; le malade respirait plus facilement, et l'odeur de *punais* s'amendait un peu en changeant de nature. Quand je fus arrivé à la racine du nez, la mauvaise odeur disparut comme par enchantement en cinq cautérisations. Le malade se moucha beaucoup, respira largement par le nez, et fut complétement guéri après un mois et demi de traitement. »

IIIe Série.—*Coryzas chroniques avec odeur de punais et ulcération des fosses nasales.* — « Le nommé Dutaut, habitant l'une des communes du canton de Targon, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, me consulta en août 1828, pour une odeur repoussante du nez, qui était graduellement arrivée, dans l'espace de trois ans, au point de ne plus lui permettre d'avoir des rapports avec qui que ce fût. Il m'assura n'avoir jamais eu ni maladies vénériennes, ni maladies de la peau; il me dit seulement avoir toujours été fort sujet à des *rhumes de cerveau* et à une transpiration très abondante de la tête. L'enchifrènement, une pesanteur habituelle à la racine du nez, et le moucher d'une grande quantité de mucosités, avaient été les premiers résultats de son coryza habituel. Son enchifrènement et le sentiment de pesanteur, siégeant à la racine du nez, avaient à peu près disparu lorsque je le vis pour la première fois. Restait la sortie presque permanente d'une assez petite quantité de mucus nasal très roussâtre et infect. Soupçonnant une ou plusieurs ulcérations de la muqueuse pituitaire, je portai alternativement sur les parois de la cloison et sur la voûte des fosses nasales un petit crochet-mousse, j'explorai ainsi toutes ces parties, et mon instrument demeura accroché à l'un des bords d'une ulcération. Je recommençai cette manœuvre à plusieurs reprises, et mon crochet fut toujours retenu sur le même point de la portion de cloison correspondante à la moitié de l'os carré du nez du côté droit. Ce fut en pure perte que je me servis de tous les moyens indiqués en pareille occurrence. Le *reniflement* et les injections d'eau froides, d'eau vinaigrée, de décoctions émollientes, d'eau chlorurée, les vésicatoires au bras et à la nuque, fatiguèrent et firent souffrir le malade sans obtenir la plus petite amélioration.

« Je recourus alors à l'usage du nitrate d'argent en suivant le mode indiqué et avec les précautions prescrites. Six cautérisations faites sur l'ozène, en mettant trois jours d'intervalle pour chacune d'elles, suffirent pour faire presque disparaître l'odeur et faire changer le mucus d'aspect et de consistance. Quatre cautérisations ultérieures, faites sur toute la circonférence de la narine droite, firent enfin complétement cesser l'odeur, qui n'a jamais reparu depuis.

« M. B***, négociant à Bordeaux, âgé de vingt-cinq ans, tempérament bilieux-sanguin, s'aperçut, dès l'âge de douze ans, qu'il avait une mauvaise odeur venant du nez. Cette puanteur s'accrut graduellement au point de le priver d'aller avec ses amis auxquels il ne pouvait plus parler qu'en se tenant à une très grande distance d'eux. Lorsqu'il me consulta pour la première fois (20 mars 1831) il était enchifrené, ne se mouchait presque jamais, reniflait, puis crachait des mucosités très épaisses, d'un gris ardoise, d'une odeur infecte, avait le teint pâle et des maux de tête habituels; il éprouvait une gêne extrême à la racine du nez, ne respirait que par la bouche et répandait dans la chambre qu'il habitait une odeur *sui generis* de punais.

« Je commençai le traitement par une saignée du bras, à cause des maux de tête qui en furent un peu amendés; je recourus ensuite et successivement à l'application de quelques sangsues sur le trajet des jugulaires, à celle d'un vésicatoire à la nuque, au reniflement de l'eau froide, de l'eau chlorurée, etc. Tout cela diminua singulièrement la céphalalgie habituelle, favorisa la respiration nasale, mais n'opéra absolument rien touchant l'odeur de *punais*.

« Je proposai alors la cautérisation de la membrane pituitaire à laquelle le malade souscrivit avec empressement. Je cherchai soigneusement à reconnaître le siége précis de l'ozène sans y parvenir; mais tout me portait à croire que M. B*** était porteur d'une double ulcération correspondant à la racine du nez. Je commençai les cautérisations le 23 avril 1831, en les dirigeant sur les points que j'avais supposés être ceux où siégeait l'ozène double. Je ne dépensai d'abord qu'un demi-grain de nitrate d'argent pour chaque narine et ne cautérisai *transcurremment*, de chaque côté, que la voûte des fosses nasales. Cette manœuvre cautérisante, répétée de la même manière les 23, 26, 30 avril et 1er mai, amenda singulièrement et fit changer de nature l'odeur de *punais*. Cette amélioration obtenue, je me hâtai de modifier tous les points de la membrane pituitaire accessibles à mon instrument, en les cautérisant, mais en dépensant un grain et demi de nitrate d'argent, que je laissai plus long-temps en rapport avec la portion de voûte des fosses nasales répondant à la racine du nez, qu'avec toutes les autres parties de ces mêmes fosses. Ces opérations eurent lieu les 2, 5, 8, 11 et 12 mai, et ce fut le 5 mai que je cautérisai M. B*** en présence de tous les membres de la Société royale de médecine de Bordeaux. Le malade était alors en fort bonne voie de guérison et fut complétement guéri le 12 mai, car je pus alors mettre mon nez sous le sien et humer l'air qui en sortait sans découvrir la plus petite odeur désagréable. Par excès de précaution, je cautérisai encore les 14, 16, 18, 24 et 28 mai. Ce ne fut que durant la séance de la Société royale de médecine de Bordeaux du 13 juin 1831, que je lui présentai de nouveau M. B*** parfaitement guéri.

« M. B..., sourd-muet de naissance, d'une constitution éminemment lymphatique, scrofuleux jusqu'à la puberté, maintenant âgé de trente-un ans, est grand, frêle, pâle, anémique, et n'a jamais eu de maladies vénériennes. Quoique ses parens aient toujours eu grand soin de le prémunir contre les dangers de la masturbation, à laquelle les sourds-muets sont très

enclins, dit-on, il s'y livrait avec excès il n'y a pas plus de dix-huit mois, et n'a cessé ces dégradantes et périlleuses manœuvres que lorsqu'on a pu lui persuader que l'état suivant en était l'immédiate conséquence.

« Ce sourd-muet, qui me fut adressé par mon ancien camarade de collége, M. Laborde, me dit être *punais* depuis trois ans, et avoir perdu une portion du vomer depuis six mois. Son mal débuta par un enchifrènement, par de la gêne, par un poids, par une espèce d'obstacle siégeant à la racine du nez, et par l'impossibilité de se moucher, phénomènes auxquels succéda une odeur de *punais* augmentant graduellement d'intensité. Le séjour forcé des mucosités nasales les fit se dessécher, se putréfier, et ulcéra une portion de la membrane pituitaire de la narine gauche, d'où sortit alors une matière purulente, infecte, et d'un gris ardoise. L'olfaction fut en partie détruite, et la carie non soupçonnée du vomer mise hors de doute, lorsqu'une portion de cet os se détacha, et que le malade put l'extraire avec les doigts.

« L'exploration minutieuse des narines et de toutes les anfractuosités nasales accessibles à mon stylet flexible et boutonné, me fit reconnaître la carie d'une portion du vomer avoisinant le bord antérieur ou ethmoïdal du cartilage de la cloison, et la perforation résultant de la perte de substance osseuse, qu'on ne saurait confondre avec l'ouverture normale qu'on rencontre parfois, tantôt sur le vomer, et tantôt sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, puisque la membrane pituitaire, intacte dans ce cas, s'oppose à ce qu'une exploration puisse en faire constater l'existence.

« Ce morceau du vomer détaché, que le malade m'avait montré, était irrégulièrement triangulaire, à bords rugueux, chagrinés, très friable, et de couleur jaune terne. Je distinguai très bien (à l'aide d'un stylet s'entend) l'intégrité de la membrane pituitaire du côté droit, adossée à la perforation du vomer, circonstance qui me fit augurer que la carie ne remontait guère au delà de l'époque à laquelle une portion de ce même vomer s'était détachée. Cette exploration étant terminée, je procédai à celle de l'ozène avec un crochet-mousse qui me fit rencontrer les bords durs et inégaux de la portion de membrane pituitaire ulcérée, se prolongeant à peu près de six lignes au dessous, et devant la portion d'os carié. L'exploration de la narine droite ne me fit rien reconnaître de particulier, et, la gauche étant fermée, je pus impunément en humer l'air expiré, qui n'avait qu'une odeur fade sans puanteur.

« Le médecin qui avait donné des soins à ce malade avant que je fusse consulté, paraissait avoir désespéré de le guérir dans les derniers temps, car il se bornait à lui faire faire usage de lotions, d'injections et de fumigations émollientes, après avoir aussi long-temps que vainement recouru au traitement anti-scrofuleux.

« Les antécédens maladifs de M. B..., sa constitution lymphatique, et les excès de la masturbation auxquels il s'était livré, servirent à me démontrer, 1° que le malade avait gagné, quatre ans avant, un coryza intense auquel on ne remédia pas, et dont sa constitution facilita d'ailleurs le passage à l'état chronique; 2° que *l'épaississement* de la membrane pituitaire, que l'occlusion presque complète d'une portion des fosses nasales, que la stagnation obligée, l'altération, la mauvaise odeur du mucus nasal, que l'ozène et la carie non vénériens, enfin, furent les conséquences de ce même coryza chronique; 3° que la rhinite, l'ozène et la carie ne pouvaient raisonnablement pas être attribués aux scrofules, puisque le malade, arrivé à l'âge de puberté, avait vu disparaître une ophthalmie double, la tuméfaction de quelques ganglions cervicaux, l'ulcération de quelques autres, et que, d'ailleurs, le traitement dit anti-scrofuleux, convenablement dirigé, n'avait rien pu contre le coryza chronique d'abord, puis contre l'ozène et la carie qu'on avait dit être incurables.

« Toutes ces données me décidèrent à bien faire nourrir le malade, à lui prescrire des vêtemens de flanelle et des frictions sèches sur la peau, des demi-bains aromatiques pris à jour passé, l'application d'un vésicatoire au bras, et celle de trois sangsues dans la narine gauche.

« Lorsque M. B... fut ainsi préparé pendant une quinzaine de jours, je conseillai des fumigations émollientes dans les deux narines, et procédai à la cautérisation, faite avec le nitrate d'argent, de toutes les portions de la paroi gauche de la cloison accessibles à un très large porte-caustique, mais surtout de celles où siégeaient l'ozène et la carie. Cette manœuvre à laquelle je revenais toutes les quarante-huit heures, produisit un amendement si peu sensible pendant les premiers douze jours du traitement, que je me décidai à tenter sur ce sourd-muet le mode cautérisant dont je me servais déjà chez un autre malade que je désespérais de guérir, tant les désordres étaient graves, et dont je me suis parfaitement trouvé sur un monsieur porteur d'ozène et de carie vénériens, que je fis voir, en janvier dernier, à mon honorable confrère le docteur Fasileau.

« A dater du 4 mai 1832, je fis chaque jour des injections dans la narine gauche avec une solution de nitrate d'argent. En cautérisant ainsi, j'obtins une amélioration de plus en plus remarquable : l'écoulement du pus et l'odeur de *punais* diminuèrent chaque jour; l'olfaction, presque entièrement perdue, se rétablit graduellement, et le malade fut guéri après environ trois mois de traitement. »

J'ai choisi les plus saillans des faits rapportés par M. Cazenave, et j'ai voulu ne les modifier en rien parce qu'ils sont racontés avec un luxe de petits détails, où l'on reconnaît le praticien et sans lesquels il n'y a pas de praticien.

Si maintenant on compare la méthode de traitement que j'ai indiquée dans le mémoire que j'ai publié sur la *punaisie* dans le numéro de mai 1835 de ce journal, on en pourra conclure, ce me semble, que la médication que j'ai imaginée, doit, à cause de son extrême simplicité, être toujours préférée au début du traitement, et que si elle échoue, il faut alors recourir aux moyens que M. Cazenave a conseillés.

A. Trousseau
Médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

III. REVUE CLINIQUE.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Service de M. SANSON.

TUMEURS BLANCHES.

Une opération est le plus souvent la honte du chirurgien ; son grand art consiste à empêcher qu'elle ne devienne nécessaire et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême. (ABERNETHY ; *Leçons orales, cours de chirur.*)

Tumeur blanche, expression encore aujourd'hui commune à des affections dont le terme définitif est la carie de l'articulation.

Aux numéros 3 et 4, de la salle Sainte-Jeanne, sont couchés deux malades affectés de tumeurs blanches : l'un aux deux genoux ; l'autre à l'articulation tibio-tarsienne droite. Le numéro 4 est un jeune soldat qui faisait partie des régimens envoyés dans la Vendée : après avoir poursuivi des Chouans pendant la journée, il fut obligé de passer tout une nuit dans un fossé qui contenait de l'eau ; le lendemain il recommença son expédition contre les Chouans, et quelques jours après il entra à l'hôpital. Réformé de l'état militaire, il fut, il y a onze mois, reçu à l'Hôtel-Dieu et traité par Dupuytren, qui fit appliquer un moxa sur le genou droit, alors le plus malade ; six semaines suffirent pour amener les apparences d'une guérison bientôt compromise par les occupations auxquelles il se livra pendant les six mois qui suivirent sa sortie de l'hôpital. Ce jeune homme, resté à Paris, entra au service d'un marchand de vin ; plusieurs fois, dans la journée, il passait de la cave à la boutique, et subissait ainsi de brusques variations de température, cause si puissante d'affections articulaires. Rentré à l'Hôtel-Dieu le 27 janvier 1835, il présente l'extrémité inférieure de chaque fémur très gonflée, environ d'un volume double que dans l'état normal chez un homme de cet âge ; la peau semble recouvrir immédiatement les os ; les parties molles ne participent donc en rien à la maladie qui aurait ici commencé par les os ; un pareil début est rare, surtout ayant égard à la cause que j'ai indiquée. Les fémurs dépassent de tous côtés l'extrémité supérieure du tibia ; ce n'est pas en effet, dans l'articulation coxo-fémorale seulement que les luxations spontanées ont lieu, toutes les articulations en sont susceptibles ; il est vrai qu'elles ne se manifestent jamais d'une manière plus sensible, que dans le cas où la maladie a débuté par les os.

Des sangsues ont été appliquées avec persévérance sur les deux genoux ; après quoi on a eu recours aux révulsifs cutanés peu énergiques ; les symptômes ont paru s'aggraver, malgré l'opportunité de cette médication ; les moxas, les sétons et les cautères ont été successivement employés ; ce dernier moyen entretenu longtemps, combiné avec le repos absolu, un traitement général approprié, laissent espérer dans près d'un mois une guérison aussi avancée qu'elle peut l'être, toutes les fois que le tissu osseux a été chroniquement affecté, principalement au niveau d'une articulation, le tissu osseux ne revenant que très mal sur lui-même.

Une autre affection bien autrement grave, mais qui se lie fréquemment à certaines tumeurs blanches, est venue compliquer l'état de ce malade et rendre sa mort presque inévitable : des cavernes pulmonaires avec fonte purulente existent dans le poumon droit.

Le numéro 3 de la salle Sainte-Jeanne, le second malade affecté de tumeur blanche, âgé de quarante ans, ouvrier, ajusteur en cuivre, habitant le cinquième étage d'une maison bien située, présente une constitution générale détériorée ; il est pâle, blafard. Ce malade obligé à un travail sédentaire qui n'occupe que les bras et le prive de tout exercice des jambes, fit, il y a environ trois ans, une très longue course, au retour de laquelle il ressentit de la douleur et du gonflement dans l'articulation tibio-tarsienne.

Aujourd'hui, cette articulation est triplée de volume ; il y a une fluctuation douteuse au dessous de chaque malléole, les ligamens ne sont pas ramollis, l'articulation n'est pas mobile anormalement, le tissu cellulaire extérieur à l'articulation a été le siége de début de la maladie. Le repos, les sangsues, les émolliens n'en ont pas arrêté la marche, la fluctuation est devenue plus évidente, le pus était plutôt infiltré que réuni en foyer. M. Sanson pratique une incision au dessous de la malléole interne, le pus est trouvé diffus et s'écoule difficilement ; un érysipèle succède à l'incision et vient envahir tout le membre, l'altération des parties molles continue ses progrès ; elle gagne les surfaces osseuses qui se trouvent baignées de pus ; une mobilité anormale est facilement produite ; l'amputation est jugée indispensable ; le malade refuse de s'y soumettre et sort de l'hôpital.

—

On vient de voir deux exemples de maladies de siége et de nature bien différens dans le principe, et cependant également appelées tumeurs blanches. Toutes les parties, tous les tissus variés qui entrent dans la composition d'une articulation, peuvent être primitivement affectés, car tous ces tissus sont doués d'une vie qui leur est propre et partout ont des maladies de marche spéciale d'abord, et qui n'ont pas de caractère commun, avant que toute l'articulation ne soit ramollie, désorganisée.

Beaucoup d'auteurs refusent encore la vitalité aux cartilages articulaires ; ils appuient cette opinion sur leur impuissance à injecter les cartilages ; ils ne les ont jamais vus injectés dans les maladies qui ne les atteignent toujours, disent-ils, que secondairement et par contiguité de tissu ; ils considèrent ces cartilages comme un produit de sécrétion. M. Sanson professe depuis long-temps une opinion tout opposée ; déjà lorsqu'il était prosecteur du cours d'anatomie générale, fait à l'Hôtel-Dieu par Dupuytren, plusieurs fois il avait injecté des cartilages diarthrodiaux qui servirent aux démonstrations publiques. Depuis lors, M. Sanson a trouvé sur le cadavre, un certain nombre de fois, des cartilages articulaires avec ramollissement fongueux dans une partie de leur épaisseur, tandis que d'autres couches du même cartilage n'étaient que rouges et ramollies.

La maladie qui doit se terminer par une tumeur blanche peut donc commencer par les ligamens, par les cartilages, par les surfaces osseuses, par les membranes synoviales; la maladie parvenue à un certain degré, il est très difficile de reconnaître son point d'origine.

Cependant une distinction importante et facile doit guider le praticien et constituer pour lui deux variétés essentielles : la première dans laquelle les parties molles sont d'abord affectées, la seconde dans laquelle la maladie commence par les surfaces articulaires osseuses; et ce n'est que vers le terme funeste de la maladie, que les parties molles et osseuses présentent une dégénérescence commune.

En traitant de la première variété, de celle qui affecte d'abord les parties ligamenteuses et autres parties molles des articulations, appelée encore tumeur lymphatique, tumeur blanche rhumatismale, il faut se prémunir contre les maladies qu'on pourrait confondre dans un même diagnostic; tels seraient l'infiltration séreuse, l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané environnant ces articulations. La tuméfaction séreuse n'offre pas la rénitence des tumeurs blanches; elle cède sous le doigt et conserve son impression; elle guérit facilement par le repos, la chaleur, les bains d'eaux thermales, les douches, les frictions avec un liniment oléo-camphré.

L'hydropisie de l'articulation du genou ne peut pas se confondre avec une tumeur blanche; le genou est en effet toujours fléchi dans cette dernière maladie; dans l'hydropisie, au contraire, le membre inférieur reste dans l'extension, pour que la capsule articulaire soit moins distendue; l'hydropisie ne provoque pas de douleurs aiguës tout en empêchant le malade de marcher; la rotule est soulevée au devant du fémur; en pressant sur cet os sésamoïde, on le déprime, on voit le liquide saillir latéralement et l'on sent sa fluctuation.

L'abcès doit se distinguer de l'hydropisie par la douleur et l'état phlegmasique qui ont accompagné sa formation, etc.

Les paquets graisseux des articulations, nommés glandes synoviales, à la suite de contusion par chute, ou après un exercice violent, et quelquefois sans cause connue, s'enflamment, et cet engorgement se termine par une suppuration dans l'article.

On devra combattre très activement cette inflammation et se hâter de donner issue au pus avant que les cartilages se soient altérés, ce que l'on doit principalement redouter; quelquefois l'inflammation phlegmoneuse marche de l'extérieur à l'intérieur; il faut toujours se hâter d'ouvrir les abcès. Les exemples ne sont pas rares de guérisons obtenues, lors même que le pus avait été en contact avec les os, dès qu'on a pu supprimer ce contact et prévenir l'altération des cartilages.

Les ligamens externes d'une articulation, de l'articulation tibio-tarsienne plus spécialement, donnent quelquefois naissance à une tumeur de nature fongueuse, ordinairement immobile, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, élastique, rarement d'apparence fluctuante, l'incision ne donnant lieu qu'à un suintement sanguin et à l'excroissance d'un champignon fongueux que les cathérétiques ne réprimment pas. Le pus est ichoreux, la maladie semble suivre la marche du cancer: l'insomnie, la fièvre hectique, la diarrhée colliquative amènent le marasme et la mort.

Les causes de cette affection sont une débilité générale par mauvaise nutrition, les vices scrofuleux et arthritique.

Le traitement doit obliger au repos absolu, en même temps que l'on relevera les forces par des toniques, par une bonne nourriture et du vin: l'affection locale est combattue par des émolliens et des narcotiques; on a encore passé un séton dans la tumeur; enfin, l'amputation est souvent indispensable; la dissection de la tumeur démontre clairement son point d'origine sur un ligament articulaire, sur le tissu aponévrotique.

Il est encore une autre espèce de maladie articulaire, à nature indéterminée, à marche insidieuse. Tout à coup une très vive douleur se fait sentir dans une articulation, sans changement extérieur aucun de couleur et de volume; le membre reste fléchi. Les articulations qu'on a ouvertes ont fait voir tantôt une légère quantité de sanie, tantôt une érosion comme chagrinée des surfaces articulaires et toujours avec très peu de sanie; on est tenté d'attribuer l'érosion à l'acreté de cette sanie elle-même. Cette maladie est extrêmement fâcheuse.

La première variété de tumeur blanche, celle qui commence par les parties molles, à laquelle on a encore donné le nom de tumeur blanche fongueuse, se manifeste par une tuméfaction générale du genou. Je ne parlerai que des maladies de cette articulation, renvoyant à un autre article les tumeurs blanches qui choisissent un autre siége, et qui d'ailleurs ne peuvent plus être données comme type des affections qui nous occupent. La peau qui recouvre le genou envahi est lisse, tendue; souvent elle n'a pas changé de couleur. Un toucher attentif traduit à des degrés différens, suivant l'ancienneté de la tumeur, une rénitence, une élasticité, sans indice de fluctuation; on peut encore s'assurer que les os ne sont pas compromis.

Cette maladie survient chez des rhumatisans articulaires, après des suppressions hémorrhagiques constitutionnelles. La misère, les privations qui ont pendant long-temps détérioré la santé, en sont les causes ordinaires chez les adultes et les vieillards, tandis que les femmes et les enfans sont plus sujets à la seconde espèce de tumeurs blanches. Une cause traumatique ne suffit jamais, pour donner lieu à une tumeur blanche, quand l'individu n'est affecté d'aucun vice rhumatismal ou scrofuleux, etc. L'hiver et l'automne, le temps froid et humide, sont les saisons pendant lesquelles se développent le plus souvent les tumeurs blanches. Le début de la maladie présente quelques particularités; quelquefois les malades qui se sont couchés en bonne santé, éprouvent subitement dans la nuit une vive douleur au niveau de l'articulation, et le lendemain la trouvent gonflée; d'autres fois, cette douleur n'a pas même précédé le gonflement, soit que la tumeur blanche ait eu une invasion brusque, soit qu'elle ait succédé à une affection rhumatismale chronique, qui n'aurait attendu pour se suppléer ainsi qu'une cause

occasionelle, un coup, une chute, un exercice trop fatigant ou inaccoutumé; je le répète, quel que soit le mode d'invasion, en général, une douleur peu vive se fait sentir au niveau du genou, l'attention n'en est pas éveillée, le malade continue de travailler, la douleur augmente et force au repos; le lendemain ou les jours suivans, l'articulation est plus tuméfiée, plus douloureuse principalement sur les côtés quand on comprime ou quand on fait exécuter quelque mouvement violent. Successivement la sensibilité, la douleur augmentent, ainsi que la tuméfaction; la douleur s'irradie sur toute la surface, plus vive au niveau du ligament rotulien; tous les muscles et aponévroses participent à la douleur et même les attaches musculaires les plus éloignées de l'articulation malade. Ne sait-on pas que, dans le simple rhumatisme du genou, la douleur se fait ressentir à l'attache supérieure du muscle droit antérieur et du couturier; dans la coxalgie, les douleurs sont quelquefois si vives au genou, que l'on a pu être induit en erreur par le symptôme prédominant.

La jambe malade est toujours maintenue dans la flexion pour relâcher tous les extenseurs et les tendons des fléchisseurs, formant sur les côtés du jarret des cordes résistantes; l'ankilose naît souvent de cette position.

La marche de la maladie continue; la peau devient luisante, rougeâtre, l'espace poplité s'efface.

Les douleurs sont parfois aiguës; le moindre ébranlement communiqué par le lit arrache des cris; le pansement ne peut être toléré; la contraction des muscles pour s'opposer à tout mouvement, est tétanique. En même temps le pouls s'accélère; il y a chaleur, sécheresse de la peau et soif ardente.

Déjà un grand nombre de fois on a pu constater les caractères anatomico-pathologiques de la tumeur blanche arrivée à cette période. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané, à peu de chose près, sont à l'état normal. Les ligamens et les aponévroses articulaires contiennent entre leurs fibres une substance gélatineuse; la capsule fibreuse de l'articulation est épaissie, infiltrée. Les tissus mous de l'articulation incisée laissent suinter un fluide tantôt inodore, séreux; tantôt gélatiniforme. Le gonflement de l'articulation tient à cet engorgement des ligamens, qui présentent plus ou moins de résistance, suivant que la maladie est plus ancienne, suivant la quantité de ce fluide interposé et suivant sa consistance. Les masses adipo-celluleuses sont aussi engorgées, ce qui efface l'intervalle poplité. Les cartilages articulaires et interarticulaires sont rarement livides; ils semblent se détacher plus facilement des os qui sont intacts. La synovie est la même qu'à l'état sain.

Au dessus et au dessous de la tumeur le membre s'atrophie, à moins qu'il ne soit œdémateux, ce qui n'est pas rare vers la fin de la maladie. Les glandes inguinales fréquemment tuméfiées gênent davantage pour la compression de l'artère pendant l'amputation. Les ligamens latéraux sont relâchés, mais non détruits; ils permettent des mouvemens latéraux.

Si l'on continue l'observation sur le vivant, on voit que la santé générale s'altère profondément; les violentes douleurs, la perte de sommeil et d'appétit, la fièvre presque continue préludent à de plus graves accidens. Du pus disséminé dans la tumeur se réunit en divers abcès, qui viennent faire saillie sous les tégumens. Les ligamens et les parties fibreuses altérées d'abord, se ramollissent et forment divers foyers de sanie purulente; la peau s'amincit par érosion ulcérative, se perfore et laisse écouler un pus inodore dans le principe, mais qui ne tarde pas à exhaler une odeur extraordinairement repoussante.

Les fistules se multiplient autour de l'articulation et restent ouvertes; un pus ichoreux entraîne des portions d'aponévroses. Cet ichor pénètre dans l'articulation; tout le tissu graisseux et cellulaire a passé à la fonte purulente. Un stylet chemine facilement dans le trajet des fistules. A cette époque, les os sont presque toujours cariés, les cartilages partiellement détruits; les os sont gonflés, jaunâtres, se coupent facilement. Le pus abondamment fourni fuse par traînées le long des gaînes musculaires de la cuisse et de la jambe.

Les mouvemens latéraux imprimés au membre par la main du chirurgien, font entendre et sentir la crépitation, le contact rugueux des surfaces cariées. Le rapport des surfaces est changé, cessant d'être maintenu par les moyens d'union.

L'abondance de la suppuration, l'absence du sommeil, les sueurs, le dévoiement, les douleurs, etc., produisent un marasme complet, donnent à la peau un aspect terreux, avec infiltration des extrémités; l'amputation dans ces circonstances est l'unique voie de salut, si déjà il n'est trop tard pour exécuter l'opération, sans compter l'arrêt de développement qui a porté sur tout le corps de l'individu, dans le cas où la maladie l'aurait assailli avant sa croissance achevée.

Le traitement de cette variété de tumeur blanche exige toujours, comme condition indispensable, le repos absolu du membre, tandis que les autres moyens offriront des différences avec l'âge et les degrés de la maladie.

Si le sujet est jeune et vigoureux, et que la maladie soit à son début accompagnée de quelques symptômes phlegmasiques, les saignées locales et répétées seront prescrites; on maintiendra des fomentations émollientes; le bain doit être proscrit comme cause de mouvement. Une boîte, un appareil qui rendrait le membre inamovible, serait d'une grande garantie. Pour l'intérieur, diète, boissons rafraîchissantes et laxatives quelquefois émétisées: Un grain ou demi-grain par pinte de sérum. L'élément inflammatoire éloigné, ce qui ne s'obtient que par une longue persévérance, on peut recouvrir la région d'un taffetas gommé appliqué sur la peau, taffetas que l'on couvrirait à son tour par un tissu de flanelle, ce qui favorise la transpiration cutanée et empêche l'évaporation de ce bain local et permanent, La maladie est en effet parvenue à cette seconde période, dans laquelle les parties engorgées passivement sont privées de leur ressort et doivent être aidées dans leur résolution.

On doit donc suivre la série de nouveaux moyens, de nature résolutive, tels que fomentations aromatiques, cataplasmes additionnés de

fleurs de safran, arrosés d'eau blanche; linimens opiacés camphrés, huile d'olive tiède, teinture d'iode. Si la douleur et l'inflammation ne se revèlent en rien, on agira plus activement par des frictions séches, des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse iodurée (axonge une once, hydriodate de potasse ioduré un gros). Les linimens alcalins ne sont pas à négliger, moins encore les douches en arrosoir, à colonne, avec des eaux salines, sulfureuses, minérales, etc. Les mêmes agens thérapeutiques doivent être tour à tour abandonnés, repris, puis encore abandonnés et repris; leur action s'épuise et successivement se revivifie. Enfin viennent les frictions avec la teinture de cantharides, avec l'onguent mercuriel combiné et non combiné avec les iodures. On peut encore recouvrir la tumeur d'un emplâtre de diachylum, de *Vigo cum mercurio*, de peau de cygne dont le poil soit en rapport avec la peau. A l'intérieur on administrera les pilules mercurielles savoneuses, et encore le calomélas préparé à la vapeur.

Je me réservais pour arriver aux moyens dont l'efficacité est plus palpable, plus rapide, tels que les vésicatoires, les moxas, les cautères, les sétons. Les vésicatoires volans doivent être appliqués avec persévérance et promenés sur toute la surface malade; il ne faut pas hésiter d'en augmenter le nombre et de le porter jusqu'à trente et trente-six, renouvelés au fur et à mesure qu'ils se dessèchent. Les moxas agissent bien moins par la profondeur de l'escarre qu'ils produisent que par l'irritation vive et prolongée qu'ils occasionent. On peut les convertir en cautères. La séton ne doit traverser que les parties molles. La persévérance et surtout l'opportunité dans l'emploi de chacun de ces moyens en assurent seuls le succès.

Il est de précepte d'ouvrir tous les abcès qui se forment, d'empêcher les fusées du pus, de pratiquer par conséquent les contre-ouvertures indiquées, d'appliquer des compresses expulsives, de bandelettes graduées, de favoriser par tous moyens l'écoulement du pus. Des coussins de balle d'avoine doivent soutenir le membre, empêcher le tiraillement des ligamens affaiblis.

La guérison peut arriver par la suppression de la suppuration, l'exfoliation des tendons; cette terminaison est très rare et très lente. Ordinairement la suppuration gagne tous les tissus, les cartilages, les ligamens intra-articulaires et les os eux-mêmes, constituant une masse lardacée commune traversée par des foyers de pus; il n'y a plus de doute sur la nécessité indispensable de l'amputation. Ici, il reste à décider le moment le plus favorable à l'amputation; on ne doit pas attendre que la fièvre hectique ait miné profondément la constitution; un pareil retard ne ferait que précipiter au tombeau plus sûrement et plus vite l'enfant et le vieillard et même l'adulte, dont la santé aurait été de longue main détériorée par la misère, les fatigues, la mauvaise nourriture. L'amputation pratiquée de trop bonne heure fait courir les chances d'une réaction vive, d'une inflammation au niveau de la surface traumatique, sans préjudice d'autres accidens secondaires.

L'amputation de la cuisse, toutes choses égales d'ailleurs, réussit parfaitement sur l'adulte, dont tout l'affaiblissement et le mauvais état est dû à la maladie locale. Le moral est aussi chez eux convenablement disposé; ils ont surabondamment compris qu'il y avait impossibilité de sauver leur membre.

A peine l'amputation est-elle pratiquée, que l'opéré se laisse aller à un sommeil facile qu'il n'avait pu goûter depuis bien long-temps. La fièvre hectique fait place à la fièvre de suppuration avec moiteur générale; un pus louable imprégne l'appareil, le dévoiement cesse, l'appétit renaît, l'embonpoint et la gaîté reparaissent; toute l'économie semble applaudir à l'enlèvement de ce qui lui nuisait si manifestement.

La deuxième variété de tumeur blanche est celle dans laquelle les os sont primitivement affectés. Cette tumeur blanche a été appelée scrofuleuse, parce que l'on a pensé que la scrofule y prédisposait. Il est aisé de reconnaître cette affection par le gonflement qui porte particulièrement sur les extrémités articulaires, gonflement qui ne dépasse pas cette extrémité, ce qui empêche de confondre cette maladie avec le spina-ventosa et autres affections osseuses. Il faut le dire, les deux espèces de tumeur blanche, dont je m'occupe, ne sont pas dans tous les cas tellement tranchées, que quelques nuances ne viennent parfois les confondre, surtout après un certain temps de durée.

Les enfans et les femmes, dont la constitution a plus de tendance vers la scrofule, y sont plus sujets.

Toutes les causes qui font naître, développent ou entretiennent le vice scrophuleux; l'hérédité, l'habitation, les alimens, la profession, sont autant de raisons qui servent à produire la maladie, par conséquent à éclairer le diagnostic. Les causes occasionelles sont presque toujours des causes physiques, coups, chutes, etc.

Douleur vive dans l'articulation qui disparaît et revient quelques jours après plus vive encore; elle se fait ressentir au fond de l'articulation. Les parties molles n'enseignent rien au toucher; les extrémités articulaires se tuméfient avec une rapidité variable; les tissus mous sont amincis, la graisse disparaît, le tissu cellulaire devient lamelleux.

Le membre se fléchit fortement; les tendons des fléchisseurs font saillie sous la peau; le développement irrégulier des os cause presque toujours un commencement de luxation; les condyles du fémur se présentent au devant du tibia.

La marche de cette maladie est beaucoup moins rapide que dans la première espèce; cette lenteur dans la physiologie, comme dans la pathologie des os, est une loi constante. Lorsque les douleurs se réveillent à la suite d'une cause occasionelle, elles deviennent atroces, mais ne se propagent pas aux muscles voisins. Les os tuméfiés, ainsi que les cartilages se ramollissent et se carient, le pus se répand dans l'articulation. Les parties molles environnantes se distendent, s'enflamment, suppurent et s'abcèdent; le stylet introduit suit un trajet fistuleux et s'enfonce dans la substance de l'os; il y a crépitation des surfaces.

La maladie ne saurait guérir par ankilose; la carie continue ses progrès; alors tous les accidens qui appartiennent à la première espèce rendent l'opération inévitable.

Cette variété de tumeur blanche est plus fâcheuse que la première; elle est presque nécessairement incurable sans l'amputation, qui ne saurait à son tour détruire le vice scrofuleux qui a été cause de la maladie et qui peut se reproduire encore; cependant il y a des exemples de constitutions totalement modifiées par l'amputation d'un membre aussi important que la cuisse; l'on a vu des individus lymphatiques devenir pléthoriques, comme conséquence d'une plus grande répartition de sang sur le reste de l'économie, dont les limites sont rapprochées.

Le traitement, dans cette affection, offre sous tous les rapports, bien moins de ressources que dans la précédente. Quand le malade est évidemment scrofuleux, il faut ordonner tout d'abord le repos du membre, employer les émolliens, prodiguer les narcotiques, appliquer quelques sangsues; donner à l'intérieur les toniques, les amers, les anti-scorbutiques, multiplier les avantages hygiéniques : l'iode et ses préparations sont employés journellement. La baryte a été administrée à l'intérieur et conseillée par Fourcroy, fondé sur ce que, chez les scrofuleux, il y a un excès d'acide qui dissout le phosphate de chaux, ce que prouvent les concrétions qui sortent souvent des ulcères scrofuleux.

Si la douleur et l'inflammation continuaient, il faudrait suspendre les toniques pour invoquer quelques uns des moyens que j'ai proposés contre la première espèce de tumeur blanche.

Lorsque la carie, la destruction de l'articulation sont bien constatées, la nature reste impuissante; il n'y a qu'une seule ressource, c'est l'amputation; encore faut-il, dans l'espèce, ne s'y décider qu'avec réserve pour ne pas jouer étourdiment avec l'honneur de l'art, pour ne pas dispenser sans choix un bienfait de la science. Si le vice scrofuleux affecte plusieurs articulations, s'il existe des engorgemens dans la poitrine, dans l'abdomen, il faut se refuser à l'amputation, combattre les sueurs, la diarrhée colliquative, les accidens d'une excessive suppuration; en un mot, se borner à soutenir l'existence du malade. Dans le cas où les articulations qui se trouveraient concurremment entreprises seraient de petite dimension, on pourrait encore amputer la cuisse et guérir. J'ai dit que la constitution se modifie après de pareils sacrifices. Le tact chirurgical et le sens pratique sont les seuls guides dans ces cas difficiles.

Cystotomie sus-pubienne. — Le jeune homme de dix-huit ans, encore impubère, couché au numéro 8 de la salle Sainte-Jeanne, et dont j'ai déjà parlé dans le numéro de septembre, n'a pu être soumis à l'opération de la taille avant le 5 août, au soir, quoiqu'il fût entré à l'hôpital depuis deux mois, pour y être débarrassé de son calcul, dont la présence avait été constatée le même jour. De nombreuses complications sont venues retarder l'opération. Les premières tentatives de cathétérisme provoquèrent la formation d'abcès à la paroi antérieure de l'abdomen, au scrotum; ces abcès, au nombre de deux, eurent une marche régulière, furent incisés en temps opportun; il fut toujours évident qu'ils ne dépassaient pas le tissu cellulaire sous-cutané de la région hypogastrique. La vessie explorée de nouveau après la guérison des abcès, malgré toute la prudence et tout le ménagement mis dans cette manœuvre et son peu de durée, fit éclater des spasmes violens, des mouvemens convulsifs, qui se succédèrent rapidement; en même temps les cris aigus, les vociférations du malade empêchaient de percevoir le bruit du choc du cathéter contre le calcul. Les urines, à la suite de ces recherches, devenaient chargées, boueuses : ce qui indiquait manifestement une cystite. Toute exploration ultérieure, à plus forte raison toute opération, était indéfiniment ajournée jusqu'à la rémission et même la cessation complète de ces accidens. L'introduction du cathéter chez ce jeune homme n'avait plus pour but de reconnaître la pierre : aucun doute n'existait à cet égard, mais il était nécessaire d'accoutumer l'urètre et la vessie au contact temporaire d'une sonde, sans quoi l'opération restait impossible.

M. Sanson dut profiter de cette circonstance pour faire ressortir la gravité qui s'attache quelquefois à des opérations qui passent en général pour peu laborieuses et presque insignifiantes. Il nous rappela l'exemple d'un magistrat, chez lequel une simple et unique exploration de l'urètre faite dans le cabinet du médecin consultant donna lieu à une cystite aiguë, mortelle dans les vingt-quatre heures : M. Sanson en fit lui-même l'autopsie. Le professeur Lallemand, l'ancien chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, racontait souvent ce dont il avait été témoin; Desault, en présence d'un nombreux auditoire, traçait avec le doigt la direction qu'allait prendre le bistouri sur le périnée d'un calculeux déjà fixé sur la table; Desault achevait sa démonstration théorique, et le patient était mort.

Chez notre jeune homme de l'Hôtel-Dieu, tous les anti-spasmodiques furent mis en usage; on fut obligé de recourir aux préparations opiacées à haute dose pour enrayer les accidens tétaniques plusieurs fois imminens; des mèches enduites d'extrait de belladone et de jusquiame furent quelque temps maintenues dans le rectum, les opiacés administrés par la bouche et l'anus ne tardèrent pas à produire une rémission avec *subdelirium* narcotique. Plusieurs jours se passèrent ainsi; la langue se couvrit d'une exsudation blanchâtre, épaisse, nouvelle complication qui reculait encore l'époque de l'opération et ajoutait gravement aux dangers du malade.

Cependant l'opération devenait de jour en jour plus urgente; chaque mouvement exécuté par le malade, chaque effort fait pour uriner arrachait des cris aigus; le calcul se déplaçait incessamment, une fièvre hectique minait le malade, dont l'intelligence très développée lui faisait comprendre la nécessité de l'opération, il la réclamait souvent; trois à quatre fois il fut transporté sur le lit d'opération; mais l'introduction du cathéter essayée, aussitôt il poussait des cris aigus, les contractions convulsives de tous les muscles reparaissaient de nouveau et forçaient de renoncer à toute exécution ultérieure. On dut se résigner à attendre le moment où une disposition meilleure permettrait un calme plus continu, ce que l'on crut reconnaître le 5 août, sur les six heures du soir, et le malade fut en effet opéré par M. Sanson, en

présence d'un petit nombre de personnes. La taille hypogastrique fut la méthode choisie ; on fit usage de la sonde à dard, qu'il fut très difficile de faire passer devant le calcul, à cause de son trop grand volume. On se servit avec avantage du double crochet de M. Leroy d'Etioles, qui maintint tendues et écartées, les lèvres de la division et favorisa l'introduction des tenettes pour saisir le calcul, qui est unique, et pèse environ deux onces et demie; c'est ainsi qu'après son extraction il a confirmé tout ce que l'on avait prévu sur son état physique. L'opération a dû être suspendue plusieurs fois, par l'exigence du malade. La ligne blanche a été divisée par petits coups ; une seule artériole a été divisée et tordue; tout à coup le malade a dit éprouver la sensation d'un corps étranger qui tomberait dans le ventre ; mais ce n'était là qu'une sensation illusoire, comme la suite l'a confirmé. L'opération a duré près de vingt-cinq minutes.

Aujourd'hui, 15 septembre, le malade sort de l'hôpital : la plaie est tout à fait cicatrisée ; les urines passent librement par l'urètre et sans douleur vésicale ; le malade se lève, se promène; la nutrition s'effectue parfaitement, et le convalescent gagne un embonpoint inaccoutumé pour lui.

La taille hypogastrique a été préférée chez ce malade ; la pierre paraissait trop volumineuse pour la taille latéralisée, et la taille bi-latérale n'est pas avantageuse chez les enfans : on dépasse presque toujours la prostate, et les infiltrations urineuses périnéales sont trop fréquentes. Pour ce qui est de la taille recto-vésicale, elle n'est dans aucun cas applicable à l'enfance; elle lèse avec certitude au moins un des conduits éjaculateurs, ce qui est de la plus grande importance à cet âge : bien plus, la vessie pendant l'enfance affecte une forme cylindroïde ; entre elle et le rectum, la distance est très grande; il n'y a pas, à proprement parler, de cloison recto-vésicale, mais un intervalle occupé par du tissu cellulaire, lâche et graisseux, ce qui donne nécessairement lieu à un épanchement abondant d'urine dans le petit bassin et peut causer la mort. Nous avons dit, en commençant, que le développement de ce jeune homme n'indiquait qu'une dixaine d'années.

Dans cette opération de taille hypogastrique, M. Sanson a pu éviter d'inciser transversalement les muscles abdominaux, malgré leur contraction qui a beaucoup gêné l'opérateur. Cette incision transversale que j'ai vu pratiquer à M. Dupuytren n'est pas sans inconvéniens, au nombre desquels se trouvent toujours la section de quelques artères, et la facilité de la hernie des viscères abdominaux.

Autrefois, sans s'inquiéter des infiltrations urineuses, après la taille sus-pubienne, on abandonnait cette dernière plaie à elle-même; il existait en effet deux autres voies pour l'écoulement des urines, le canal de l'urètre et la plaie faite au périné pour le passage de la sonde à dard.

Ensuite l'on proposa de pratiquer la suture, pour empêcher l'infiltration, suture qui est impraticable. On a donc cessé de faire une plaie inutile au périnée, puisque le canal de l'urètre est là pour recevoir la sonde, et d'autre part on n'a pas pratiqué la suture.

Depuis peu d'années, on a fait beaucoup de bruit d'une grosse canule, qui devait, disait-on, remplir la plaie faite à l'hypogastre et conduire au dehors les urines au fur et à mesure qu'elles s'accumulent dans le bas-fond de la vessie; cette canule ne saurait remplir exactement l'orifice de la plaie, à moins de la faire entrer de force et de dilacérer la plaie. En outre, cette canule est un corps étranger qui s'oppose à la cicatrisation et permet toujours à l'urine de passer entre cette canule et les lèvres de la division; cette canule est toujours d'une certaine résistance ; elle comprime et peut aller jusqu'à dénuder le pubis, ce qui est arrivé chez les premiers malades qui en firent usage à l'hôpital Saint-Louis.

La méthode la plus rationnelle consiste à laisser la plaie librement ouverte, mais à tout faire pour en obtenir la cicatrice ; il suffit donc d'introduire dans la plaie jusque dans la vessie une mèche de linge ou de coton qui, par sa capillarité, fera l'office de syphon et entraînera incessamment les urines au dehors en prévenant toujours l'infiltration urineuse, résultat qui a été parfaitement obtenu chez ce malade. Le rapprochement des lèvres de la plaie est ensuite confié à des bandelettes agglutinatives.

Dans l'espèce, la lithotritie n'était pas applicable ; comment aurait-elle servi à la recherche d'un calcul que renferme une vessie éminemment irritable et contractile ? Le calcul était volumineux ; plusieurs séances auraient à peine suffi pour le broyer. Le canal de l'urètre avait un très petit calibre; en supposant qu'on fût parvenu à le dilater assez pour l'introduction du lithotriteur, ce canal serait revenu sur lui-même et n'aurait pas livré passage aux fragmens de calcul. La vessie refusait de se laisser distendre par un liquide et l'expulsait aussitôt. La recherche du calcul ne peut se faire avec la pince à trois branches sans que les parois de la vessie soient écartées par un liquide injecté ou de l'urine. La recherche d'un calcul avec la pince ouverte est toujours dangereuse ; on ne doit jamais procéder ainsi : explorer la vessie, rechercher un calcul avec les branches de la pince écartées, est presque aussi téméraire que d'opérer de la taille avant que d'avoir immédiatement constaté la présence de la pierre.

Dans leurs énumérations, les lithotriteurs en général ne tiennent pas compte des tentatives faites pour rechercher la pierre, tentatives si souvent malheureuses, donnant lieu à des cystites aiguës et autres accidens, qui ramènent ces malades à la cystotomie, après avoir été fortement endommagés par la lithotritie laissée inachevée. Cependant, en ne comptant que le résultat définitif, la lithotritie perd encore un malade sur trois, suite de cystites, de péritonites, de perforations de la vessie. La lithotritie ne garantit jamais efficacement contre la persistance de quelques fragmens dans la vessie, dont le passage au travers de l'urètre donne souvent lieu à des accidens très graves. J'ai vu un exemple d'orchite sur-aiguë avec symptômes généraux, dus à cette cause, chez un nommé Desroches, marinier de Joigny (Yonne), traité par la li-

thotritie, et guéri dans le service de M. Sanson, où je l'avais fait entrer.

Par l'opération de la taille, on peut toujours s'assurer s'il reste ou non des calculs dans la vessie; les injections faites par la plaie, les contractions de la vessie, les recherches avec le bouton métallique, vous donnent toute sécurité à cet égard.

La somme de douleurs éprouvées pendant la courte durée de la cystotomie ne dépasse pas, dans les cas ordinaires, les douleurs, moins aiguës, mais répétées, ressenties par le malade à chaque séance de lithotritie.

Toutes les conditions favorables à la lithotritie sont à plus forte raison favorables à la taille, qui est par conséquent la méthode générale, tandis que la lithotritie est la méthode d'exception, puisqu'elle est obligée de choisir les cas où son application doit avoir du succès. La lithotritie est donc excellente dans certaines limites, mais il faut la prémunir contre les abus de son emploi. Une vessie saine est une circonstance indispensable à son application; ce dernier cas n'est pas aussi nuisible à la cystotomie, qui ne rejette, qui n'exclut aucun calculeux; la taille est rigoureusement toujours applicable; on ne saurait en dire autant de la lithotritie trop vantée, à son grand détriment, puisque c'est compromettre une brillante conquête moderne que d'en faire une méthode générale. Ceux donc qui en sont les protecteurs nés l'exposent trop fréquemment à des échecs démontrés par la statistique; car ici il faut compter exactement, sans quoi toute expérience comparative tombe et l'on n'aurait plus qu'une loterie dont les enjeux seraient l'honneur de l'art et la vie des malades. Je sais bien que, pour déduire une moyenne équitable de semblables calculs, il faut faire entrer plus d'un élément: il faut d'abord éliminer les enfans chez lesquels la taille est presque toujours suivie de succès, tandis que la lithotritie leur est rarement applicable. Cette soustraction opérée, les succès sont jusqu'à ce jour en nombre égal pour les deux méthodes taille et broiement, ce qui ne laisse aucun avantage à la lithotritie, qui voit succomber autant de malades que la cystotomie, même après avoir fait le choix nécessaire de ses sujets, ce qu'on ne fait pas pour la taille; donc la supériorité appartient encore à cette dernière opération.

La lithotritie est une opération longue dans son exécution; elle exige souvent un nombre considérable de séances; elle laisse moins de sécurité contre une récidive par l'oubli, la retenue de quelques fragmens, avec absence d'un moyen efficace de s'en assurer.

Enfin, l'on a fini par dire que la lithotritie était une opération très difficile, qu'elle exigeait une expérience, une pratique particulière qui restait le privilége de quelques chirurgiens seulement. La difficulté d'une opération n'est jamais un obstacle: le travail et l'exercice l'ont bientôt fait surmonter par tout homme instruit. Ce qu'il y a de mécanique dans une opération, n'exige qu'une médiocre intelligence. D'ailleurs, si l'on ne pouvait acquérir l'expérience nécessaire à l'exécution de la lithotritie qu'aux dépens de la perforation d'une vessie, j'avoue que cette expérience, que cette habileté, ne devrait être enviée par personne: M. Sanson déclare ne pas la posséder encore, et se défend avec soin de l'acquérir jamais.

CAFFE, D. M. P.

Chef de la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

—

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Service de M. le professeur CHOMEL.

FORME ADYNAMIQUE DES FIÈVRES TYPHOIDES. EMPLOI DES TONIQUES.

Austrinæ constitutiones dissolvunt corpora et humectant, auditum obtundunt, capita aggravant et vertigines faciunt.

Febres vertiginosæ et cum tenuis intestini morbo perniciem intentant.

(HIPPOC.)

Certes, je ne veux pas revendiquer pour le père de la médecine une découverte (l'élément anatomique des fièvres essentielles) qui, de toute justice, appartient à la France médicale du XIXe siècle; mais on conviendra que ce passage des Coaques qui termine mon épigraphe est au moins un curieux monument. Si Houlier, Duret ou Martian avaient connu le fait de l'exanthème iléo-cœcal, nul doute que, forts du texte hippocratique, ils n'eussent honoré le grand homme d'une gloire qui pourtant ne devait écheoir que vingt et quelques siècles plus tard à un modeste praticien de province.

Ceci n'est qu'un à propos: mon sujet importe plus à la médecine pratique.

Il est des maladies qui ne reçoivent pas le cachet des constitutions atmosphériques: les affections chroniques, celles qu'on appelle organiques, la série innombrable des maladies nerveuses sont de ce genre: non qu'elles éludent la puissance des influences extérieures; je veux dire seulement qu'elles ne s'enveloppent pas de ces modes particuliers qui, pour un temps plus ou moins long, s'attachent aux maladies aiguës fébriles et en changent singulièrement l'aspect, le pronostic et le traitement.

C'est de cette uniformité d'aspect, de pronostic et de traitement, revêtus passagèrement par toutes les réactions fébriles d'une localité que se compose une constitution médicale.

Les fièvres exanthématiques sont de toutes les fièvres celles qui traduisent le plus fidèlement le génie d'une constitution médicale, et parmi elles, la fièvre entéro-mésentérique ou typhoïde, se distingue surtout sous ce rapport. Pourquoi? C'est difficile à dire: je constate et n'explique pas; mais ces remarques générales manquent aux trop courts prolégomènes de nos épidémistes.

C'est moins à l'influence opportune et naturelle d'un été constamment fort chaud qu'à la continuité intempestive d'une atmosphère trop douce pendant une longue succession de saisons qui, dans le but de la nature et selon l'ordre établi, doivent être caractérisées par des températures et des états météorologiques divers et très opposés; c'est moins, dis-je, à la première

de ces conditions qu'à la seconde qu'il faut demander la raison, apparente au moins, de certaines constitutions médicales.

Peut-être n'est-il pas trop dénué de fondement d'établir quelque rapport entre la forme adynamique et lente nerveuse qu'affectent depuis assez long-temps les fièvres typhoïdes, et la monotonie anormale de température qui, depuis deux ans, semble confondre les saisons. Les deux hivers que nous venons de traverser n'ont été autre chose que des automnes prolongés ou des printemps anticipés. Pas de glace ni de frimas; des pluies plus tièdes que froides; des vents plus impétueux que froids; telles ont été les rigueurs les plus intenses de ces hivers incomplets et fâcheux. Les autres saisons ont eu leur physionomie propre, leurs événemens caractéristiques et différentiels absorbés dans une température incessamment et presque uniformément élevée.

Les observateurs ont pu noter comme moi le caractère meurtrier et la marche difficile des fièvres typhoïdes qui ont régné en si grand nombre l'hiver dernier. Dans une analyse de la *Gazette médicale*, insérée à la page 330 du numéro de mai 1835 (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*), je signalais en ces termes le *facies* de cette déplorable constitution : « L'appareil phénoménal des fièvres typhoïdes avait perdu de sa régularité, les septenaires se confondaient; les réactions, au lieu d'être confiées aux organes circulatoires et aux surfaces cutanée et muqueuse, semblaient s'accomplir par les centres nerveux, au point d'en imposer pour des affections idiopathiques du cerveau, par exemple. Les prodrômes étaient longs, la débilité et le trouble des forces nerveuses y jouaient le principal rôle. Les malades qui n'entraient pas en convalescence à la fin de la seconde semaine succombaient presque tous avec la forme ataxo-adynamique de Pinel, etc..... » Cette forme plus grave qu'aucune autre a été peu à peu remplacée par celle que je vais essayer de caractériser et qui présente, au lieu de l'irrégularité de la réaction, la faiblesse et le défaut de la réaction, manifestés dans les plus bénignes par le développement imparfait, douteux, mais égal et proportionné de tous les symptômes, ce qui constitue cette forme insidieuse et latente, fort bien décrite par MM. Louis et Chomel; et dans les plus funestes, qui font le sujet de cet article, par l'ensemble adynamique grave que je vais exposer.

Ce n'est pas la première fois qu'on aurait vu une pareille constitution atmosphérique modifier nos organismes, de manière à déterminer dans les fièvres la forme que je veux étudier aujourd'hui, ou du moins coïncider avec cette forme; car si on ne veut pas admettre une relation de cause à effet entre certaines constitutions atmosphériques et certaines constitutions médicales, au moins doit-on constater leur coïncidence et être frappé du retour fréquent de leur simultanéité.

Hippocrate a, dans le troisième livre de ses maladies populaires, sous le titre de *Status pestilens*, tracé le tableau d'une constitution médicale, développée au milieu d'influences atmosphériques fort analogues à celles que je viens de rappeler, et les maladies régnantes, les fièvres surtout, offrirent des formes typhoïdes et pestilentielles qui ne diffèrent que par le nom des adynamiques de Pinel. Je reviendrai à cette description du premier et du plus grand des épidémistes.

Fracastor observa en Italie, pendant les années 1505 et 1528, des épidémies de fièvres adynamiques : et il fait la remarque que l'une et l'autre fois, les hivers précédens avaient été extraordinaires par la fréquence des vents du midi et des pluies abondantes.

Th. Willis a admirablement décrit, dans son traité *De morbis convulsivis*, une épidémie de fièvres typhoïdes, qui régnèrent dans l'été de 1661, et auxquelles le premier (et non pas Huxham, comme on le dit partout) il a imposé le nom de *lentes nerveuses*. Les saisons antérieures à cette année très chaude avaient offert elles-mêmes des chaleurs fort intenses. L'hiver précédent surtout avait été remarquable par l'absence insolite du froid et une si douce température, que, dit Willis, *arbores frondescere, plantæ vernales è terræ sinu erumpere et efflorescere, quin et aves nidificare incœperint.* Je pourrais accumuler grand nombre d'autres exemples de constitutions analogues, empruntés aux auteurs du siècle dernier; il est pourtant juste de dire que la fièvre observée et décrite par Sydenham, en 1685, sous le titre de *Schedula monitoria de novæ febris ingressu*, n'est pas, malgré l'autorité de Vogel et d'autres, assimilable aux fièvres typhoïdes avec forme adynamique ou lente nerveuse.

Il est indispensable, sous peine des plus funestes erreurs, de bien s'entendre sur la valeur du mot *adynamie*, appliqué aux fièvres entéro-mésentériques.

Un des caractères les plus pathognomoniques de ces fièvres, c'est l'anéantissement primitif et considérable où elles jettent les fonctions animales et surtout la contractilité musculaire soumise à la volonté. Cette prostration est commune à toutes les formes de la maladie. Elle est, je le répète, un de ses caractères génériques les plus constans. Mais, ainsi bornée aux appareils de la vie animale, elle est loin de suffire pour constituer l'*espèce adynamique* et fournir l'indication du traitement tonique : car cette indication doit se puiser dans l'*affaissement des fonctions organiques le plus immédiatement nécessaires au maintien de la vie.* Or, tant que la prostration ne frappe que les fonctions extérieures, elle peut se lier et se lie presque toujours à *une réaction vitale générale*, c'est-à-dire à une fièvre, très énergique, et ne doit pas suggérer au médecin la pensée d'une thérapeutique active. C'est pour s'en être laissé imposer par ce collapsus primitif des fonctions de la vie de relation et l'avoir considéré comme l'expression d'un affaiblissement *radical des forces vitales* (1),

(1) J'appelle *forces vitales* chez l'homme, celles qui produisent en lui les phénomènes les plus essentiels *à l'état de vie*; or les fonctions animales ou de relation sont de toutes les plus indifférentes aux conditions de cet *état*. L'affaiblissement *radical* de ces forces résulte d'une atteinte profonde et *directe*. Je le nomme ainsi, à l'exemple de Barthez, pour le distinguer de l'affaiblissement indirect ou *oppression* des forces. Dans le premier il y a destruction *des forces en puissance*; dans le second il n'y a qu'enchaînement des *forces agissantes*.

que beaucoup d'anciens médecins prodiguaient au début les stimulans et les toniques, dans le but de provoquer ou de soutenir une réaction salutaire dont ils mesuraient l'énergie sur celle du système nerveux cérébro-spinal. La qualification de Pinel, bien que dans l'esprit de ce nosologiste elle représentât une idée très juste et fort distincte de l'adynamie spécieuse que je viens de signaler, cette qualification mérite néanmoins le reproche d'avoir entretenu l'erreur dont il est question; car l'usage l'a presque entièrement restreinte à ne signifier que la perte des forces musculaires.

Que faut-il donc pour constituer la forme adynamique des fièvres graves, et justifier leur traitement par les toniques?

Il faut, comme je l'ai déjà fait pressentir, que l'anéantissement des *forces vitales* se joigne à celui des fonctions locomotrices; il faut surtout que le travail fébrile soit suspendu ou notablement descendu au dessous du degré rigoureusement nécessaire pour l'accomplissement plein et régulier de cette longue suite d'opérations pathologiques, dont l'ensemble s'appelle fièvre typhoïde.

L'illustre auteur de la nosographie philosophique a eu aussi le grand tort de confondre l'adynamie avec la putridité, deux formes des fièvres graves qui, pour s'associer souvent, n'en sont pas moins assez distinctes. Le second de ces états est caractérisé d'une manière générale par une extrême disposition des solides, et des fluides surtout, à échapper aux affinités de la chimie vitale pour obéir à celles de la chimie morte. C'est de la coexistence très possible et très rationnelle de ces deux faits, quoi qu'en ait dit Pinel, dans son aversion systématique et irréfléchie pour tout humorisme, que se compose la putridité dans les maladies. Galien a très sainement jugé la chose et l'a si proprement définie, que je ne puis m'empêcher de le citer ici: *Atque hæc putredo non simpliciter putredo censetur, sed etiam habet aliquid concoctionis; manente enim adhùc coquendi facultate vasorum, putrescens tunc humor ad talem alterationem deducitur, etc., etc.* Il montre ensuite comment des divers degrés de dominance respective de ces deux états si opposés, la décomposition putride absolue et la persistance d'un reste de faculté altérante dans les vaisseaux, résultent les nuances infinies de la putridité depuis une légère tendance septique jusqu'à la dissolution presque consommée.

La putridité dans les fièvres typhoïdes est compatible avec une chaleur très élevée (*omnis febris, quò magis est calida, eò magis est putrida.* Boërh.), avec une turgescence et une injection vives de la peau et des muqueuses, un grand développement du pouls, en un mot avec une fièvre très ardente, et le *causus* des anciens n'est pas autre chose; tandis que c'est principalement à l'absence de tous ces phénomènes que se reconnaît l'adynamie vraie. A celle-ci se joint toutefois dans un assez grand nombre de cas un véritable état putride, et alors l'indication des toniques n'en est pas affaiblie, tandis qu'il faut bien se garder d'y condescendre lorsque cet état s'accompagne, ce qui est fort commun, de la réaction fébrile énergique dont je viens de parler.

Les notions spéciales et différentielles de l'adynamie et de la putridité maintenant fixées, nous pouvons entrer dans le sujet clinique.

Parmi les malades admis cette année à la clinique, et affectés de fièvre typhoïde adynamique, la moitié à peu près a succombé. Tous ont été fortement tonifiés; mais, il faut le dire, toutes les fois que M. Chomel s'est décidé à employer les toniques, les malades seraient très évidemment morts sans la médication. C'est là précisément ce qui fait l'importance et la valeur de ces succès, puisqu'ils sont obtenus alors qu'on ne peut en faire honneur ni aux forces de la nature, ni au bénéfice d'un amandement nécessairement lié à une période de rémission susceptible d'être prévue. Nous verrons tout à l'heure combien l'absence de cette condition de conclusion jette d'équivoque sur l'efficacité de plusieurs autres médications et de la saignée en particulier.

Il ne m'a été possible d'observer que six des malades admis cette année à la clinique avec la forme adynamique et tonifiés, mais j'affirme les avoir trouvés dans l'état suivant: Chaleur de la peau au-dessous de la température ordinaire, état anologue de la langue et de la muqueuse buccale, ces parties recouvertes de sécrétions normales ou desséchées; air expiré peu chaud, pouls lent et faible (de cinquante à soixante-cinq pulsations par minute), ou fréquent et vite, mais alors beaucoup plus faible et vide que dans le cas de lenteur anormale; contractions du cœur en raison directe de l'état du pouls; diarrhée involontaire, météorisme plus ou moins considérable, indolence de l'abdomen à la pression; rétention d'urines, ou urines involontaires, crues, ténues, blanchâtres ou naturelles, taches typhoïdes, escarres ou rougeur érythémateuse de la peau sur les points exposés à la pression. Faiblesse musculaire portée si loin que les malades ne pouvaient ni se tourner ni s'incliner dans leur lit et qu'on était obligé de les soutenir et de les caler, selon l'expression pittoresque de M. Chomel, pour les empêcher de retomber toujours dans la même position. J'en ai vu un surtout qui ne changeait de decubitus qu'avec l'aide d'un infirmier, et qui serait, sans ce secours étranger, resté un jour entier dans la même situation, quelque pénible qu'elle eût pu être.

L'affaissement des facultés morales et intellectuelles se traduit assez par cette profonde prostration de la locomotilité; les sens et l'intelligence partageaient la langueur et l'impuissance des mouvemens.

Eh bien! il ne faut rien moins à M. Chomel que cet ensemble adynamique bien complet, pour qu'il se croie autorisé à venir au secours d'un organisme si prêt à renoncer à toute réaction. Il suffit quelquefois que l'un de ces élémens d'adynamie n'existe pas, pour qu'il craigne de compromettre une si héroïque médication: la chaleur de la peau seule, par exemple, ou bien la rougeur de la langue, le seul développement du pouls, tous les autres signes de l'adynamie s'observant au degré le plus avancé, ont été souvent pour lui d'expresses contr'indications; ce qui vient parfaitement à l'appui de la condition *essentielle* que j'ai exigée plus haut pour l'existence de l'adynamie en

tant que devenant un élément d'indication pour le traitement tonique, savoir : le défaut de *réaction fébrile*, l'affaiblissement radical des fonctions les plus primitives, les plus nécessaires au maintien de la vie. Mais que ces conditions soient réunies, et alors le professeur n'hésite plus ; il s'applique de toutes ses forces (et c'est son expression) *à rendre de la fièvre aux malades*. Principe hippocratique d'une immense fécondité et sur la portée duquel je reviendrai dans un instant.

Mais de quels toniques se sert alors M. Chomel, et comment les administre-t-il ?

Les vins généreux, le quinquina sous diverses formes : voilà pour la base du traitement ; l'éther, le camphre y sont quelquefois ajoutés. La sauge, la serpentaire, la cascarille peuvent servir de succédanés au quinquina. Le vin de Malaga est donné de préférence aux autres vins de France et d'Espagne, par cuillerée toutes les deux heures, toutes les heures et même plus souvent depuis la dose de quatre onces par jour, jusqu'à celle de huit onces et même d'un quart de bouteille. Les vins moins alcooliques, comme ceux de Bordeaux ou de Bourgogne, sont mêlés aux boissons ordinaires dans des proportions variables, et forment la tisane du malade. L'eau de Seltz vineuse est par exemple souvent ordonnée ainsi.

On prescrit le quinquina sous forme d'extrait à la dose de quelques gros jusqu'à une et deux onces dans une potion. Pour boisson, un ou deux pots de macération aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de limons ou le sirop tartareux. En lavemens, la décoction de quinquina camphrée. Enfin, des fomentations sur le ventre avec le vin et l'alcool, ou bien avec l'huile de camomille camphrée. Ce traitement se renouvelle toutes les vingt-quatre heures, et n'est suspendu que lorsque, sous son influence, la chaleur a reparu à la peau, le pouls est devenu plus résistant et plus fébrile, les sens, l'appareil locomoteur et l'intelligence plus excitables, sortis de leur stupeur et de leur léthargie. *J'ai vu cinq malades devoir à ce traitement une véritable résurrection.*

Mais les ulcérations intestinales, s'écrieront les timides et les irrésolus !—Mais les vastes escarres du sacrum et des coudes que vous pansez tous les jours avec la poudre de quinquina, le digestif animé, le styrax, que vous fomentez avec l'alcool et le vin de sauge, eh bien ! les escarres se trouvent-elles donc si mal de ces topiques incendiaires ? Et ne venez pas arguer ici de l'illégitimité de l'analogie, parce qu'on pourra vous montrer à la clinique de M. Chomel des ulcères intestinaux cicatrisés ou prêts à l'être chez des individus morts après avoir subi le traitement tonique le plus vigoureux et le plus soutenu.

On a dit : Les gastro-entérites (les fièvres typhoïdes) sont moins adynamiques par elles-mêmes que rendues telles par le traitement tonique ; car, depuis qu'elles sont gouvernées comme de simples phlegmasies par une bonne méthode anti-phlogistique, on ne les voit plus se compliquer vers la fin de leur cours de cet appareil symptomatique grave, pour lequel Pinel a créé le mot *adynamie*.

On se prévaut de l'histoire et des faits actuels : il faut répondre par l'histoire et les faits actuels.

Hippocrate s'est le premier servi du mot *typhus* ou *febris typhodes*, parce que, réduit à l'observation simple et immédiate, il dénommait les maladies par leurs phénomènes les plus apparens et surtout les plus propres à conduire à l'indication thérapeutique. Ainsi, il appelait fièvre typhoïde, non pas toutes les fièvres entéro-mésentériques (car toutes ne sont pas accompagnées d'un état typhoïde tel, que cet élément domine les autres ; il n'existe même quelquefois pas du tout, et c'est pour cela que cette expression, employée d'une manière générale, est fausse et peut induire en erreur de diagnostic), mais celles d'entre elles qui frappaient son regard avant tout par la stupeur profonde dont leur physionomie était empreinte, *affectus ex phrenitide et lethargo mixtus*, dit-il. S'il les décrit, on ne peut plus méconnaître nos adynamiques : *Typhus invadit æstatis tempore, quùm canis sydus oritur, bile per corpus agitatâ. Statim igitur febres vehementes eum corripiunt, et gravis ardor, et cum gravitate imbecillitas, crurumque ac manuum impotentia quæ nullum ei usum præstant. Venter perturbatur et quæ evomuntur graveolent, vehementia tormina accedunt, rectus stare nequit, neque oculis suspicere, etc.* Et puis, si cela ne suffit pas, lui aussi a ses observations. Plusieurs malades, et entre autres Clazomène du premier livre des épidémies, viennent témoigner qu'Hippocrate avait peint d'après nature.

Galien, dans son traité *de methodo medendi*, livre XII, a donné la description *d'une fièvre mésentérique pituiteuse* qui est bien une fièvre typhoïde avec la forme muqueuse et adynamique. Le pouls s'y remarquait plus rare qu'en santé, même la maladie arrivée à sa période *d'état*. Et croyez bien qu'alors on savait déja user et abuser de la saignée. Hippocrate, après avoir décrit son *typhus*, dit : *Ei celeriter eadem remedia quæ morbo laterali exhibenda;* or, *la maladie de côté*, c'était la pleurésie, et il saignait dans la pleurésie. Puis il ajoute avec une candeur inconnue des systématiques : *at pauci evadunt !* Celse ne blâme-t-il déjà pas la manie aveugle de tirer du sang *quand même : sanguinem sectâ venâ mitti, novum non est,* dit-il, *sed nullum penè esse morbum in quo non mittatur, novum est.* Baillou, dont la sévérité hippocratique serait à l'abri de tout reproche, s'il n'avait eu pour les émissions sanguines un faible qui n'a pas été surpassé de nos jours, Baillou, parce que l'expérience l'en avait averti, reculait avec ses saignées devant ce qu'il nomme le *quid divinum* des fièvres pestilentielles : dans ces affections, nous avoue-t-il, *sæpissimè detrahitur laudabilis sanguis magno ægrorum et virium detrimento. An venæ-sectio tunc utilis? nequaquàm; aut parcè detrahatur, imò alexipharmaca et cardiaca dentur.* Les médecins dont nous essayons de renverser l'objection ne refuseront sans doute pas le témoignage de Dehaën, ce fougueux apologiste de la saignée, dont les pages amères et passionnées altèrent trop souvent la modération et le calme hippocratiques. Dans les fièvres malignes, il avait été obligé d'abandonner sa pratique chérie pour adopter le quinquina, en fa-

veur duquel il rapporte des faits concluans. Bosquillon, qui saignait sans acception d'âges, de sexes, de maladies, de tempéramens, retenait ici son éternel et machinal *mittatur*, et confessait que dans ces cas *l'autorité des auteurs ne pouvait rien contre les faits*, et, avec Cullen, il conseillait les toniques.

Si maintenant, je voulais faire la contre épreuve de cet examen historique, on verrait que les grands praticiens, ceux qui ont su, sagement et sur bonne indication, administrer les toniques dans les fièvres graves, n'ont pas engendré des adynamiques, et qu'ils ont plutôt conjuré cette forme des affections typhoïdes. Mais cette étude apprend encore deux autres faits entre lesquels il est permis de chercher quelque rapport de cause à effet : le premier, c'est l'abus effrayant des saignées générales auquel s'abandonnaient les anciens dans le traitement des fièvres essentielles, abus auprès duquel pourrait s'appeler réserve l'intempérance anti-phlogistique de l'époque que nous venons de traverser ; le second, c'est la fréquence beaucoup plus grande des formes *maligne et nerveuse* de ces mêmes fièvres, alors que les émissions sanguines étaient si énormément prodiguées ; et ces formes sont bien autrement funestes et irrémédiables, elles sont surtout bien autrement susceptibles d'être créées par les pertes de sang exagérées que la forme adynamique par les toniques. Mais je puis aussi invoquer le témoignage de la clinique.

M. Chomel, qui s'en laisse peut-être trop imposer par la forme inflammatoire du début des fièvres typhoïdes, pratique alors presque toujours une ou plusieurs saignées ; eh bien ! lui-même professe que le traitement tonique n'est jamais plus sûr et plus prompt dans ses résultats que lorsqu'il est employé d'emblée, c'est-à-dire chez des malades vierges d'émissions sanguines, et qu'au contraire son action est bien plus incertaine et bien plus longue à se faire sentir chez les sujets où l'adynamie s'est développée à la suite des saignées, que celles-ci l'aient ou non déterminée ou rendue plus profonde. Un malade couché au numéro 13 de la salle des hommes, présentait à son entrée la forme inflammatoire la plus exagérée possible, car M. Chomel le signala à l'attention des élèves comme type et sujet d'étude de cette forme. Il fut saigné trois fois, et une adynamie aussi exagérée et aussi type que l'avait été l'aspect inflammatoire se déclara vers la fin du second septénaire. Les toniques vigoureusement administrés relevèrent sensiblement le système des forces, puis ils perdirent bientôt leur influence et le malade s'éteignit. Au numéro 15, était un autre jeune homme entré au dixième jour de l'affection, laquelle avait d'emblée revêtu la forme adynamique la mieux établie. D'emblée aussi il fut mis au traitement tonique, et vraiment son cas était si grave et si prochainement menaçant, l'influence du vin et du quinquina fut si évidente et si heureuse, qu'en nulle occasion la puissance de l'art ne m'a paru si incontestable. Au milieu de ces deux contrastes, au numéro 14, était une autre fièvre typhoïde avec forme adynamique au moins aussi prononcée que celle du numéro 15 ; chez ce malade, peu saigné au début, les toniques eurent des avantages plus lents, moins manifestes que ceux du numéro précédent non saigné, mais bien plus durables et plus confirmés que ceux du numéro 13 beaucoup saigné, car il guérit. Ce n'est pas la première fois que M. Chomel a de pareilles différences à constater.

J'ai dit que ce professeur saignait trop légèrement, abusé qu'il était par l'indication spécieuse qui paraît si naturellement ressortir de la forme inflammatoire que présentent à leur début, et en général pendant tout le premier septénaire, la plupart des fièvres entéro-mésentériques.

Je puise les motifs de ma critique dans la connaissance de la marche naturelle de ces fièvres et des transformations nécessaires qu'elles éprouvent dans leur cours.

Il est impossible de juger la valeur d'une méthode thérapeutique dans ces maladies, si on ne les considère du point de vue des fièvres exanthématiques. Or, on n'est pas plus en droit d'attribuer aux saignées la rémission qui s'observe vers la fin du premier septénaire ou dans les premiers jours du second, qu'on n'est en droit de faire honneur à ce moyen employé plus ou moins largement, pendant les quatre ou cinq premiers jours d'une fièvre varioleuse, de la rémission et souvent de l'apyrexie qui, à l'époque de l'éruption, succède à la vive réaction fébrile pour laquelle on avait tiré du sang. Dans l'un et l'autre cas, cette rémission aurait eu lieu, qu'on eût expecté, qu'on eût évacué par les purgatifs, les émétiques ou la lancette. Il faut que les médecins qui purgent, qui émétisent, qui saignent, qui tonifient, qui révulsent ou qui désinfectent, consentent à se voir arracher, par cette simple observation, bien des succès que la nature et les naturistes revendiquent avant eux. Cela est pourtant vieux comme Hippocrate. Galien et beaucoup d'autres auteurs après lui s'en sont servis pour établir les diverses espèces de synoques ; M. Bretonneau y a de nouveau insisté avec redoublement de preuves directes et analogiques, M. Chomel le reconnaît implicitement toujours, et expressément quelquefois. Hildenbrand, après avoir énergiquement blâmé l'usage de la saignée dans ce qu'il appelle la période nerveuse du typhus, ainsi que dans la période inflammatoire lorsqu'elle est modérée, ajoute : « D'autres fois dans un cours facile et régulier du typhus chez les sujets forts et pléthoriques, la saignée est un remède *indifférent*, et par cette raison *superflu*. Indifférent, parce qu'elle n'est pas réellement aussi redoutable que quelques-uns l'ont cru, etc., etc. Cependant par une *observation erronée* des accidens de la maladie, et par le défaut d'attention sur les effets d'autres remèdes utiles et *même sur les forces salutaires de la nature*, des saignées indifférentes ont pu être considérées quelquefois comme cause de l'amélioration des accidens de la maladie, etc.»

Une autre remarque qui n'a pas été assez faite est celle-ci :

Il arrive quelquefois que, dans le cours d'une seule fièvre entéro-mésentérique, on voit se succéder toutes les formes décrites par Pinel, comme autant d'ordres différens. Faites alors ce qu'on appelle de la médecine rationnelle et vous serez conséquemment conduit à combattre les symp-

tômes inflammatoires par les antiphlogistiques, les accidens bilieux par les émétiques, la forme muqueuse par les purgatifs, les amers, les aromatiques, etc.; la forme putride par les antiseptiques, la forme adynamique par les toniques, la forme ataxique par les nervins et les anti-spasmodiques, etc.; et puis ne soyez pas prévenus de cette *fatale* possibilité de transformation, et vous accuserez les saignées du premier changement, les émétiques du second, les purgatifs du troisième, etc, etc.

Mais le médecin hippocratiste, c'est-à-dire qui n'agit qu'en vertu de données naturelles, fournies par la connaissance des lois de l'organisme sain et malade et de ses modificateurs, le médecin hippocratiste, fort de son observation, ne s'attachera qu'aux accidens véritablement indicateurs, ne combattra que les formes susceptibles d'être combattues. Il se défiera de la forme inflammatoire pour plusieurs raisons: en premier lieu, parce qu'elle s'apaise très facilement d'elle-même et paraît être jusqu'à un certain point dans *les nécessités de la maladie*, comme cela est évident pour d'autres affections de la même famille; ensuite parce que cette forme est des plus insidieuses et *tourne très souvent à la putridité et à l'adynamie.* Ce fait n'a échappé à aucun grand observateur: « *Une des formes les plus insidieuses sous lesquelles se présente quelquefois dès le début la fièvre putride ou adynamique, c'est lorsqu'elle prend les apparences d'une fièvre dite inflammatoire, ce qui a fait quelquefois recourir à la saignée, et a donné lieu aux suites les plus funestes.* (PINEL.)

Quant à la forme bilieuse des fièvres graves, il ne prescrira pas l'émétique sur les insuffisantes données d'une langue recouverte de saburres jaunâtres, de la bouche amère, de quelques nausées, surtout si ces signes n'ont paru qu'après l'invasion de la fièvre et semblent *symptomatiques* du trouble général. Il s'y décidera néanmoins, *si cette forme domine et masque les autres accidens*, si la constitution médicale est empreinte de l'état bilieux et si toutes les maladies de la même époque sont soulagées ou guéries par cette médication, et alors elle ne sera pas pour lui un moyen curatif et *jugulateur*. Comme Tissot, dans l'épidémie observée à Lausanne, en 1755, il n'aura d'autre ambition que de simplifier la fièvre et de la débarrasser d'un élément qui l'aggravait, augmentait les chances de putridité et contrariait sa marche naturelle et ses solutions.

La forme *putride* avec réaction, toujours consécutive aux formes inflammatoire, bilieuse et muqueuse, offre bien des indications; mais aucun agent, aucun système de moyens pour y satisfaire. L'expectation est forcée faute de ressources. C'est un empoisonnement dans lequel les évacuans sont inutiles, puisque le poison circule d'emblée dans les secondes voies, poison contre lequel on ne connaît pas d'antidote, d'agent neutralisant.

L'espèce *ataxique* est de toutes la plus mortelle. La fièvre, réaction légitime et nécessaire, une fois qu'a agi la cause typhoïde, la fièvre, dans cette forme, est remplacée par des symptômes nerveux qui, comme dans les névroses simples, ne cèdent plus à de simples modificateurs du système nerveux, mais qui étant entretenus par une cause, le poison dont je parlais plus haut, qu'il n'est pas en notre pouvoir d'éliminer ou de neutraliser, persistent et tuent tant que l'organisme ne rentre pas dans l'ensemble des phénomènes de réaction fébrile qui seuls, selon des lois nécessaires et calculables, peuvent amener la terminaison favorable de la maladie.

Mais la forme adynamique, celle dont j'ai spécialement traité dans cette revue, offre au médecin observateur de puissans motifs d'agir.

L'étude de la marche et des solutions naturelles et heureuses de l'affection typhoïde, prouve que le concours d'un certain ordre de phénomènes fébriles, dont la forme, le degré, l'harmonie, la durée, les modes de terminaison sont connus par l'observation, au moins dans ce qu'ils ont de général, prouve que ce concours de phénomènes, dis-je, doit inévitablement se développer, et qu'un grand danger commence du moment où ils s'affaissent trop, se suspendent ou se pervertissent. L'organisme périclite par défaut de réaction, l'indication est franche: il faut que l'homme de l'art, *naturæ minister et interpres*, reconstitue fébricitant son malade abandonné par la fièvre, et heureusement il en a les moyens dans le traitement si habilement manié par M. Chomel: *Namque hoc tempore*, dit Sydenham, *quò magis calefecerim, eò magis concoctionem acceleravero.* Oui; car c'est sur le degré de chaleur organique qu'on doit mesurer le degré de réaction fébrile et de résistance vitale, comme c'est ce phénomène fondamental qu'il faut prendre, en considération pour juger l'adynamie et son degré. M. Chomel cite le cas d'une jeune fille affectée de fièvre typhoïde, et qui resta pendant quatre jours *froide et sans pouls;* à force d'excitans et de toniques, elle revint à la vie *par la chaleur et le pouls*, et guérit bientôt. Quarin raconte, qu'en 1772, Stork l'arracha à la mort avec le quinquina et la serpentaire de Virginie, *Mon état fut si grave*, dit-il lui-même, *que la ville entière* (Vienne), *par une faveur toute gratuite et qui excitera jusqu'au tombeau ma reconnaissance profonde, donnait des regrets à ma mort.*

Un autre signe bien important, qui coïncide fréquemment avec la chute de la fièvre et la véritable adynamie, c'est la *crudité* des urines. Il m'a été possible de les examiner deux fois, chez le numéro 15 de la salle des hommes et le numéro 18 de celle des femmes, et je les ai trouvées comme l'indiquent si bien Sydenham et Huxham, blanches, presque limpides et naturelles, *crudæ, sine sedimento, instar cerevisiæ albæ;* or, les urines fébriles, surtout vers la terminaison de la maladie, doivent avoir des caractères opposés. Rappellons-nous le fébricitant d'Hippocrate qui mourut avec des urines et un pouls naturels: *Urina bona, pulsus bonus, æger moritur!*

Prendra-t-on pour rien dans l'appréciation des avantages du traitement tonique, l'instinct des malades qui recherchent et demandent des boissons fortifiantes, du vin, etc.? *Æger cupit roborantia et vinum*, dit Sauvages; *noctu symptomata ingravescunt* (autre caractère de l'adynamie). J'ai entendu les malades réclamer leur vin; je les ai vus le boire avec avidité; j'ai

vu surtout un étudiant en médecine dans les salles de la clinique, frappé de la forme adynamique la plus terrible : trois attaques d'éclampsie s'étaient ajoutées à cet état déjà si grave, et on sait combien cette complication est funeste. Indépendamment de l'extrait de quinquina, ce malade prenait par jour huit à dix onces de vin de Malaga. Un jour, il avala d'une seule fois toute la quantité qui devait être successivement distribuée dans les vingt-quatre heures. La nuit suivante il dormit mieux et guérit rapidement, sans convalescence.

En général, les terminaisons ont été peu franches, indécises; les convalescences longues, difficiles. Des abcès disséminés, de la bouffissure, de l'anasarque ont souvent retardé le retour parfait à la santé. Dans ces cas, Werlhof recommandait l'usage continué du quinquina.

Toutes les fièvres dont les solutions ont coïncidé avec l'apparition d'un ou de plusieurs petits abcès, ont guéri. Hippocrate avait déjà observé ce fait : *Febris hæc non judicatur nisi fiat abcessus circà collum aut crus doluerit*, *etc.*, ainsi que l'anasarque de la convalescence : *Morborum solutiones prorsùs nullæ, partìmque difficiles aquæ inter cutem, tabidi multi.*

H. Pidoux, D.-M. P.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, par MM. Dezeymeris, Ollivier (d'Angers) et Raige Delorme. (Les trois premiers volumes.)

Tous les auteurs qui ont écrit ou qui écrivent sur l'histoire de la médecine, s'indignent avec amertume du dédain et de l'indifférence au sein desquels, de nos jours surtout, on laisse s'éteindre l'étude si importante des évolutions de la science et de l'art, depuis leur origine jusqu'à nous, et je m'en indigne comme eux. Cette indifférence leur semble d'autant plus inexplicable, qu'ils en cherchent la raison partout, excepté là où elle gît effectivement. On ne peut raisonnablement pas exiger qu'ils s'accusent eux-mêmes, et pourtant eux seuls ont provoqué cette aversion qu'ils signalent et qu'ils mériteront tant qu'ils croiront que, pour faire une histoire de la médecine qui puisse être lue et goûtée, il suffit de s'entourer de livres, d'en secouer la poussière et d'aligner avec plus ou moins d'exactitude des noms et des époques, d'interpréter avec plus ou moins de sévérité tel texte ou telle version, d'être un biographe ou un bibliographe irréprochable, etc., etc. Je sais bien qu'on ajoute à cela l'exposition des doctrines et des systèmes, qu'on montre leur dépendance prochaine ou médiate des idées philosophiques et scientifiques du moment, dont ces systèmes réflètent assez fidèlement le caractère; je sais bien qu'on dit, plus ou moins banalement, en quoi consistent le dogmatisme, l'empirisme, le méthodisme, le vitalisme, l'humorisme, le solidisme, etc., etc., qu'on a disserté sans trop de clarté sur les Grecs du premier et du second ordre, ainsi que sur les Arabes; mais ce que je sais encore beaucoup mieux, c'est que de tels ouvrages importent fort peu à la médecine dogmatique et pratique, qui n'en ont jamais retiré le plus petit bienfait. La raison, la voici : On ne s'est pas douté qu'une histoire de la médecine pouvait et *devait* être un traité complet de pathologie générale et de médecine clinique, sous peine de ne mériter place que dans la bibliothèque des savans. Oui, je prétends que, pour faire l'histoire de la médecine ou de quelqu'une de ses époques, il faut être praticien, homme de clinique et d'application. Il faut pouvoir se placer entre chaque âge, chaque doctrine et la nature, pour faire subir à cette doctrine une espèce d'examen et de critique qui en mette au jour le fort et le faible. J'avoue bien que nous ne sommes plus de la trempe de ces consciencieux élucubrateurs qui sacrifiaient leur vie à comprendre et à développer l'homme ou le système de leur choix, que nous reculerions devant la tâche effrayante qui consisterait à faire pour quelque génie ou pour quelque doctrine, ce que Baillou, Duret, Martian ont fait pour Hippocrate; ce que Avicenne, Aëtius, Fernel ont fait pour Galien; Junker pour Stahl; Dehaën, Van-Swieten pour Boërhaave; Bérard, Lordat pour Barthez et Dumas, etc., etc. Et pourtant, quand on y réfléchit, que de veilles ne dépensent pas nos historiens pour s'assurer d'une date, éclaircir une origine, rajuster un nom défiguré, et rendre à un auteur, mort depuis mille ans, tel lambeau d'écrit que cet auteur n'aurait peut-être pas revendiqué lui-même avec tant de chaleur? Interrogez-les sur le compte d'Hippocrate : Voulez-vous savoir, par exemple, la raison qui fait que les ouvrages de ce grand homme sont, suivant l'expression d'un admirable écrivain, un monument ni moins étonnant ni moins durable que les pyramides d'Egypte, et pourquoi il est impossible de prévoir dans quel état serait la médecine de nos jours, si ces ouvrages eussent été anéantis à la mort de leur auteur, ou s'il n'eût jamais existé? Ce n'est pas ce qui les a occupés; mais en revanche, votre esprit va bientôt haleter sous le poids d'une érudition épaisse et stupéfiante, et vous n'aurez pas même appris une foule de détails historiques qu'il vous serait inutile de savoir! C'est ainsi qu'il vous sera impossible de décider, si les traités *de naturâ pueri* ou *de flatibus* appartiennent ou non à Hippocrate; et je suppose que vous le puissiez !..... S'agit-il de Galien? on va vous anatomiser la masse de son savoir, la variété de ses travaux, vous citer les particularités de sa vie, les noms des hommes avec lesquels il a eu des rapports, même des rapports indignes de l'histoire; on vous nommera au besoin ses nombreux cliens, et vous finirez par ne pas savoir laquelle doit le plus vous surprendre de l'érudition de Galien ou de celle de son biographe; mais vous montrer, les subtilités Aristotéliques mises à part, le sens profond, l'observation puissante enfouis sous certains mots et certaines divisions, aujourd'hui réputés absurdes et bar-

bares; vous faire entrevoir, au milieu de cette prodigieuse encyclopédie, tel petit traité qui renferme les fondemens indestructibles d'une pathologie et d'une thérapeutique générales, formulés avec tant de génie, qu'à leur insu, tous les auteurs qui depuis ont produit quelque chose d'universellement apprécié sur la science de l'homme malade, n'ont fait que développer ces germes si précieux; en un mot, séparer l'observateur pénétrant, le dogmatiste fécond, qui a sa grande part dans la célébrité des écoles de Halle, de Leyde et de Montpellier, du scholastique obscur, du physicien nuageux, du polypharmaque aveugle qui, pendant plus de douze siècles, a tyrannisé la médecine et servi de texte aux nauséabonds commentaires des Arabes et des Galénistes, venus après eux, s'imposer cet utile travail, dis-je, c'est ce dont nul ne s'est montré capable, parce que c'était l'œuvre d'un praticien; ce qui le prouve, c'est que les seuls essais que nous ayons d'une pareille entreprise sont sortis de la plume des grands praticiens et se lisent épars dans leurs ouvrages.

Mais il est temps que je parle de celui que je me suis chargé de faire connaître. Est il bien éloigné de réunir les conditions que j'ai désirées? je réponds que ce livre est bien, très bien, et irréprochable dans ce qu'il est.... Mais est-il ce qu'il devrait être?.... c'est une autre question que j'examinerai après la première. Les auteurs ont adopté la forme de dictionnaire, l'ordre alphabétique. Ne me demandez pas si Hoffmann ou Barthez, ayant à écrire une histoire de la médecine, auraient choisi cet ordre. Bordeu et M. Broussais se sont bien gardés de le suivre : des génies si indépendans ne souffrent guères d'entraves, et l'ordre alphabétique, quand on s'y soumet rigoureusement, est une servitude qui oblige à se traîner, qui ôte à l'esprit tout essor, toute occasion de s'élever. Les grands noms sont si rares, que la foule des noms obscurs usurpe tout, et que pour arriver à un homme intéressant, on est condamné à dévorer l'ennui de mille nullités, bien heureuses que quelqu'un ait pris la peine de ressusciter leur mémoire; et puis, de cette manière, les auteurs n'ont pas fait l'histoire de la médecine, mais bien l'histoire des médecins. Forcés de parler de tous, ils n'ont pu s'étendre sur aucun; la biographie et la bibliographie ont envahi plus des trois quarts de l'ouvrage, et c'est à peine si le reste est consacré à la discussion et à l'appréciation des hommes et des choses. — Mais, je dois le dire, et maintenant ce droit m'est acquis, la partie historique est traitée d'une manière digne des plus grands éloges. Il n'est pas possible d'être plus sévère ni plus précis, d'intervenir avec plus de clarté, de rectitude d'esprit et de connaissance approfondie de la matière et des droits de chacun, lorsqu'il s'agit de bien interpréter une tradition, de rendre à un auteur ce qui lui appartient, de déposséder tel autre de ce qui lui est induement attribué, de tempérer une louange imméritée, et de rendre une justice refusée. C'est sous ce rapport un ouvrage précieux et complet. De plus, le style est très approprié, convenablement varié, toujours en rapport avec le sujet. L'érudition si vaste qui y est déployée ne paraît pas. Rien n'a de la prétention, et je me plais à le répéter, ce livre est irréprochable dans ce qu'il est, et je défie qu'on y trouve quelque chose de déplacé. Déjà bien des noms illustres se sont rencontrés sur le passage des auteurs dans les trois volumes que j'ai sous les yeux. Aëtius, Aretée ont été montrés ce qu'ils sont : le premier pourtant n'a peut-être pas reçu tout ce qu'il mérite. Il ne faut pas s'être long-temps occupé de thérapeutique, pour sentir tout ce qu'il y a de matériaux, bien qu'indigestes, dans l'important ouvrage de ce vieux médecin.—A propos de Baglivi, on dit *qu'il a eu plus d'influence sur les destinées de la science que Sydenham.* J'en conviens; il a précédé et probablement déterminé *les systèmes* de Hoffmann, de Haller, de Cullen; mais si *la science* a gagné à leurs découvertes, à leurs expériences, l'art n'a-t-il pas eu quelquefois à s'en plaindre? et Sydenham a tant fait pour l'art, et par conséquent pour *la science de la médecine pratique!* Les auteurs font de Baglivi un solidiste, et j'en conviens encore, mais seulement pour ce qui regarde ses théories physiologiques, et parce que *ses expériences et ses vivisections* l'y avaient conduit en le fascinant par leur nouveauté et leur spécieuse fécondité; mais sa pratique est tout hippocratique, très empreinte d'humorisme, et le rapproche bien plus de Sydenham que de Cullen, par exemple; ce qui prouve, en passant, combien cette physiologie de vivisections, cette physiologie hallérienne est peu applicable à la médecine, puisque Baglivi se gardait de l'y transporter!

Baillou méritait une mention plus étendue. Ce génie, que les illustrations de l'école de Montpellier n'hésitaient pas à placer au dessus de l'Hippocrate anglais, valait bien qu'on dît pourquoi il occupe un rang si éminent. Six pages sont consacrées à la biographie de Barthez, et deux à l'exposition de sa doctrine : c'est tout au plus si on a accordé au développement et à l'appréciation des travaux de ce grand homme autant de place qu'à ceux de Béclard!!!! On a commis la même injustice envers ceux de Boërhaave, sur l'influence duquel on n'a trouvé à parler que durant une demi-page.

Bichat a eu une plus large place, et je ne dis pas cela pour m'en plaindre; il n'y a rien à reprocher à ce que les auteurs en ont dit, et pourtant il serait permis de désirer quelque chose de plus neuf, de plus essentiel. Dans une esquisse rapide, Bordeu a été jugé avec plus de tact et de vérité. Arrivés à Brown, ils ne se sont pas engagés dans la difficile entreprise de résumer eux-mêmes ses principes; ils l'ont laissé parler textuellement. C'est que cette doctrine, cette dichotomie qui paraît à certaines personnes si simple à comprendre et à expliquer, est au contraire très abstruse et très métaphysique, quand on veut la pénétrer un peu au fond, surtout quand on essaie de l'appliquer aux spécialités de la pathologie, et ce n'est pas moi qui blâmerai la réserve des auteurs.

A l'article *chirurgie*, ils ont fait preuve d'autant de jugement et d'impartialité que de brillante et fructueuse érudition. Cette revue comparative, si substantielle et si serrée, des progrès de la chirurgie à tous les âges et dans tous les pays, m'a paru pleine d'intérêt et d'utilité; j'en

dirai autant des articles *anatomie*, *accouchemens*, etc.

Une des parties principales de ce dictionnaire, c'est la riche bibliographie dont il est orné; mais les avantages d'une bibliographie qui se rattache au nom des auteurs me semblent bien équivoques. Une bibliographie n'est jamais destinée a être lue de propos délibéré, mais seulement consultée dans le besoin. Or, ce besoin n'est dans aucun cas relatif au nom des auteurs, mais à celui des matières, puisque *à priori* on doit ignorer si tel homme a traité tel sujet, et que, si on le savait, la bibliographie serait un luxe inutile; pourtant ici, il n'est possible d'arriver à la connaissance des ouvrages qu'en passant par le nom des auteurs..... On sent et de reste les inconvéniens de cette inversion de l'ordre naturel des choses. Le dommage est d'autant plus grand, que cette bibliographie est analytique et raisonnée, et donne souvent une idée suffisante des ouvrages qu'elle énumère.

H. Pidoux, D.-M. P.

—

DE L'APPLICATION DU FEU DANS LES MALADIES CHIRURGICALES, par J.-B. Ygonin, D.-M. P. (*Lyon*, 1834.)

« Le feu, quelle que soit la forme sous laquelle on l'administre, présente, selon moi, « toujours la même indication, et a pour effet « le même résultat; la seule différence qui puisse « exister consiste dans la manière plus ou moins « prompte avec laquelle il agit, et la profondeur « à laquelle il pénètre (page 8)... J'admettrai « trois effets différens dans l'action du feu appliqué sur l'économie vivante : le premier « sera une irritation...; le second une sécrétion « plus abondante de fluide de même nature « d'abord que ceux qui composent nos tissus; « enfin, le troisième consiste dans l'altération « de ces mêmes fluides, la suppuration (pag. 9 « et 10). » Tout ceci a pour but d'arriver à dire que M. Bonafous, de Turin, « savant « agronome, qui a publié un travail sur l'histoire naturelle et agricole du maïs, dans lequel il considère cette graminée dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine, a pensé « que la moelle pouvait, comme celle du sureau et de l'héliante annuel, être employée « pour l'application du feu dans les maladies... « Après avoir bien dépouillé la moelle de son « écorce, on la fait dessécher et on la soumet « ensuite pendant une heure à l'ébullition d'une « dissolution de nitrate de potasse d'abord peu « concentrée; après cette première opération « on l'expose à la chaleur douce d'un four ou « au soleil. Bref, on la coupe en petits cylindres qu'on soumet de nouveau à une dissolution plus concentrée que la première pendant « demi-heure; puis on les expose au soleil jusqu'à dessiccation parfaite.» Suivant M. Ygonin, ce moxa brûle seul, sans être soufflé; il produit moins de douleur, parce que la combustion est plus rapide; il épargne au malade la vue de préparatifs effrayans. Si l'on veut ralentir la combustion, on entoure le cylindre de coton filé, serré avec plus ou moins de force; et l'on prévient l'écoulement du nitrate de potasse et l'agrandissement de l'escarre, en plaçant le moxa dans un anneau de métal monté sur une tige, lequel comprime les tissus et limite la partie qui doit être soumise à l'action du feu.

—

PRODROME D'UNE NOUVELLE DOCTRINE MÉDICALE, par le docteur F. Imbert, *professeur à l'école secondaire de Lyon, chirurgien en chef de la Charité, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu, etc.* (Paris, Germer-Baillère, 1835.)

La forme aphoristique de ce petit travail permet à peine d'en faire une analyse plus courte que l'ouvrage lui-même, dans lequel on remarque un style pur et concis, des vues élevées, et la force de coordination, la *Fassungskraft* des Allemands. Nous nous bornons à transcrire les assertions les plus significatives, et nous en abandonnons le commentaire ou la réfutation à la sagacité de nos lecteurs.

« C'est sur la connaissance de l'homme que « doivent être basées toutes les sciences qui ont « l'homme pour objet : la physiologie, l'éducation, l'économie sociale, la morale, la religion, la législation, l'hygiène et la médecine.

« Tous les phénomènes de l'économie animale se rapportent en dernière analyse au « système nerveux; les maladies n'étant que « des phénomènes de l'économie animale, ne « peuvent être autre chose que des affections « du système nerveux. Par la même raison, « toute substance capable de modifier nos organes d'une manière quelconque agit primitivement sur le système nerveux. — La substance grise du cerveau est l'organe des « fonctions intellectuelles, morales et instinctives. Les maladies caractérisées par une altération quelconque dans les idées ne sont « jamais que des affections directes ou indirectes de cette partie. » Pluralité des organes cérébraux, etc. « La portion de la moelle où « le nerf prend son origine est l'organe animateur de la partie à laquelle il se distribue. « Les fonctions de la moelle sont particulières « ou générales. » Les premières sont celles qui appartiennent à des points déterminés de la moelle et à des organes spéciaux : la respiration, la circulation, etc.; les secondes appartiennent à toute la longueur de la moelle et sont communes à toutes nos parties : nutrition, calorification, etc. « Si l'on excepte la formation des « idées et la coordination des mouvemens relatifs à leur manifestation, tous les phénomènes de l'organisme ont leur principe dans « la moelle épinière. Donc elle est le siége véritable de toutes les maladies qui n'ont pas « pour caractère principal l'altération de la « pensée et celle des mouvemens volontaires. « — Les nerfs n'ont d'autres fonctions que « celles de transmettre aux organes l'influx ou « peut-être le fluide nerveux; ils sont au centre « nerveux ce que les vaisseaux sont au cœur. « Les nerfs ne peuvent pas être le siége des « maladies. Le grand sympathique n'a point « d'action qui lui soit propre; il puise dans la « moelle le principe de son activité. C'est le « système cérébro-rachidien qui existe dans les

« animaux inférieurs; le grand sympathique « serait chez eux inutile et impossible. La division des deux vies, et l'indépendance de la « vie organique, admise par Bichat, est donc « fausse. — C'est dans le centre cérébro-spinal « qu'il faut placer le siége véritable de toutes « les maladies, quelle que soit leur nature, et « quelle que soit la partie qu'elles affectent. « Traiter l'estomac dans la gastrite, les poumons dans la pneumonie, c'est imiter l'horloger qui s'obstinerait à réparer les aiguilles « d'une montre quand elles ne marqueraient « pas l'heure avec précision.

« Les conditions de l'activité de l'axe cérébro-spinal sont: 1° une organisation normale « (diathèse, prédisposition, hérédité, etc.); « 2° l'excitation produite par le sang; 3° l'action des excitans hygiéniques (l'*excitabilité* « ne diffère pas seulement dans les organes par « sa *quantité*, mais encore par sa *qualité*; les « maladies ne sont donc pas toujours une « sthénie ou une asthénie; nos médicamens ne « sont donc pas seulement des émolliens ou des « toniques); 4° un appareil extérieur, sans « quoi l'axe cérébro-spinal serait un moteur « sans machine.

« L'activité cérébro-spinale n'augmente dans « un point qu'en diminuant dans un autre; elle « est intermittente, etc., etc.

« Quand une maladie de l'utérus cause une « entérite, puis une gastrite, puis une affection « pulmonaire ou cérébrale, ce ne sont pas là « des sympathies: ce n'est autre chose que l'affection de la partie inférieure de la moelle « qui s'est étendue de proche en proche à toute « sa longueur, et qui est arrivée jusqu'au cerveau.

« L'anatomie pathologique ne sert qu'à nous « faire connaître les *effets* des maladies; mais « nous la considérons comme impuissante à « nous dévoiler leur *siége* et leur *nature*.

« Les remèdes ne peuvent avoir qu'une action « physique ou une action vitale. L'action physique se passe dans la partie même où ils sont « appliqués. L'action vitale ne peut avoir lieu « que sur l'axe cérébro-spinal. »

Telle est en résumé la doctrine de M. Imbert qu'il nous semble porter à l'extrême. La simplification est séduisante, mais souvent elle est illusoire.

C.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Juin* 1835.)

Les deux numéros de ce mois contiennent les articles suivans:

Thérapeutique médicale: 1° Quelques faits curieux de thérapeutique morale, par M. *Miquel*; — 2° Des bains froids dans la chorée, par M. *Constant*; — 3° De l'action thérapeutique des anti-spasmodiques; — 4° De la méthode réfrigérante dans le traitement de la nymphomanie; — 5° Considérations sur l'emploi de l'huile de croton tiglium, par M. *Sandras*; — 6° Des préparations de colchique dans la fièvre rhumatismale, par M. *Fuster*.

Thérapeutique chirurgicale: 1° Nouveau traitement de la blennorrhagie chez la femme, par M. *Ricord*; — 2° Des règles à suivre dans le cas de chute prématurée du cordon ombilical, par M. *Capuron*; — 3° Du traitement des fractures des membres inférieurs sans astreindre les malades à garder le lit.

De l'emploi des bains froids dans le traitement de la chorée, par M. Constant. — Ce petit mémoire de M. Constant consacre par de nouveaux faits une médication dès long-temps employée avec d'évidens succès, et c'est pour cela que nous le signalons, car nous sommes de l'avis de Van-Swieten: la thérapeutique gagne plus à la sanction mille fois proclamée des avantages d'une méthode de traitement qu'à la première annonce d'un moyen nouveau.

Avant de parler des bains froids et des autres remèdes propres à en seconder l'action, l'auteur jette un coup-d'œil sur quelques uns des traitemens préconisés dans la danse de St-Guy, et qui tous méritent moins de confiance que celui qu'il recommande. Les saignées générales ou locales (sur le trajet de la colonne vertébrale) par exemple, vantées par Sydenham, Bouteille, J. Frank ne trouvent que fort rarement leur indication même dans la chorée inflammatoire, dangereuse expression qui semble insinuer que la maladie en question peut être sous la dépendance d'une inflammation, ce qui n'a jamais lieu, tandis que les auteurs que nous venons de citer n'ont voulu dire autre chose sinon que la chorée, dans ces cas, était jointe à un état général de stimulation sanguine qui méritait quelque attention dans le traitement. Dans ces circonstances même, la méthode antiphlogistique est fort incertaine dans ses résultats, lorsqu'elle n'est pas nuisible. Sur quarante-deux cas, la veine n'a été ouverte qu'une fois, et alors l'indication était toute spéciale et s'offrait d'elle-même, puisqu'il s'agissait d'un garçon de quatorze ans, pléthorique et vigoureux, chez qui l'apparition de la chorée avait coïncidé avec la suppression d'habituelles épistaxis. La saignée générale commença la guérison qu'achevèrent les bains. Tous les petits malades saignés avant leur admission en avaient éprouvé de notables dommages; les mêmes inconvéniens avaient suivi la diète recommandée à plusieurs.

Les bains froids seuls ou assosiés à l'assa-fœtida, à l'oxide de zinc, à la valériane, aux pilules de Méglin, au sous-carbonate de fer, dans les cas les plus rebelles, forment la base du traitement employé chez les choréiques à l'Hôpital des Enfans.

Dupuytren professait que le bain froid était spécifique dans la danse de St-Guy, et nous convenons l'avoir vu toujours réussir entre ses mains; il le donnait par immersion et administrait en même temps les pilules de Méglin. A l'Hôpital des Enfans on a reconnu aux immersions quelques inconvéniens et on se contente de prescrire le bain froid à la température de quinze à dix-huit degrés; le malade y reste pendant une heure. Le régime est toujours for-

tifiant. La demi-portion et la portion entière sont accordées avec du vin.

Cette note est terminée par quelques faits à l'appui très bien choisis. Pourquoi s'évertuer à essayer contre la chorée des composés nouveaux, le nitrate d'argent, le chlorure d'argent et une quantité d'autres réactifs énergiques et plus ou moins malfaisans, tandis que l'expérience et l'analogie ont si solidement établi l'utilité de la médication que nous venons de rappeler ?

Nouveau traitement de la blennorrhagie chez la femme, par Ph. Ricord, *chirurgien de l'hôpital des Vénériens.* — Ce nouveau traitement est l'extension à la blennorrhagie vaginale, des injections de nitrate d'argent depuis long-temps adoptées pour la blennorrhagie chez l'homme, et de l'usage de ce sel sous forme de collyre contre l'ophthalmie catarrhale même la plus aiguë. M. Ricord emploie une solution de dix grains de nitrate d'argent pour une once d'eau distillée, puis il introduit dans le vagin après l'injection un tampon de charpie imbibé du même liquide et que les malades conservent tant qu'elles peuvent le supporter; les unes ne l'ont gardé que deux ou trois heures, d'autres ont pu le souffrir pendant vingt-quatre heures. Examinées le lendemain au speculum, toutes ces femmes (affectées d'écoulement chronique) ont présenté une légère cautérisation de la muqueuse vaginale qui était recouverte d'une pellicule noirâtre ou brune. Après quelques jours, cette pellicule se détache par lambeaux et laisse au dessous d'elle la muqueuse complétement exempte d'inflammation. Chez quelques unes l'écoulement fut tari, chez d'autres il ne fut que diminué; certaines n'en retirèrent aucun bénéfice. Ces injections d'abord à six, à huit, puis à dix grains furent ensuite essayées chez trois femmes dont l'écoulement avait pour siége la surface interne de l'utérus, et portées jusque dans la cavité de cet organe; chez les trois elles eurent un plein succès : l'écoulement fut supprimé sans retour. Deux de ces femmes eurent des règles plus précoces et plus copieuses; la troisième, aménorrhéique depuis six mois, vit apparaître ses règles à la seconde injection. Fixé par ces premiers succès, sur l'avantage incontestable de la médication, M. Ricord a définitivement adopté comme plus commode et plus efficace le procédé suivant : On introduit le speculum et on met le col utérin à découvert, puis on porte sur le museau de tanche un crayon de nitrate d'argent au bout d'un long manche, jusqu'au point de blanchir légèrement la muqueuse; on retire alors doucement le speculum, et à mesure que le vagin se présente à son extrémité on le cautérise superficiellement dans toute son étendue. Il faut essuyer avec soin les mucosités mêlées au nitrate d'argent, parce que s'écoulant sur la vulve elles y causent des irritations incommodes. Le lendemain on pratique plusieurs fois des injections abondantes avec une once d'acétate de plomb pour deux livres d'eau. On visite de nouveau le vagin au speculum et on touche avec le nitrate tous les points qui ont échappé à la première cautérisation (si le blanchîment, la coagulation du mucus et tout au plus une légère et superficielle modification de la membrane muqueuse méritent la qualification fausse et effrayante de *cautérisation*) et au besoin tout le vagin si l'écoulement persiste. La blennorrhagie utérine réclame l'application du crayon de nitrate d'argent dans la cavité du col de la matrice; les résultats sont aussi favorables et la médication aussi exempte de danger que dans la blennorrhagie vaginale. M. Ricord compte de très nombreux succès par cette méthode, qui joint aux avantages que nous venons de faire connaître celui d'être un excellent emménagogue.

—

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Juin et Juillet* 1835.)

Les deux numéros de juin et juillet contiennent les articles originaux suivans :

1° Mémoire sur les maladies du système lymphatique, par A. *Velpeau*; — 2° Sur les caractères chimiques de la salive considérés comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac, par M. *Donné* (fin); — 3° Sur la dyssenterie, par M. *Thomas*, de Tours (suite); — 4° De l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique, par M. *Guyot*; — 5° Du traitement des luxations congénitales du fémur, par M. *Pravaz*; — 6° De l'exophthalmie, par M. *Beaugrand*; — 7° Observation de douleurs simulant une affection rhumatismale; dégénération graisseuse des muscles, ramollissement des os, par M. *Hourmann*; — 8° De l'emploi du chlore dans le choléra, par M. *Toulmouche*.

Premier mémoire sur l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique, par M. J. Guyot, D.-M. P. — Ce mémoire est un des plus intéressans et des mieux faits que les *Archives* aient offert depuis long-temps. L'auteur a procédé expérimentalement des animaux à l'homme, et cela dans un ordre de faits où les lois organiques sont les mêmes, et où conséquemment la conclusion par analogie est légitime. Il a voulu d'abord juger une question simple, à savoir : Quelle est la température la plus favorable à la cicatrisation des plaies ? Il n'est pas possible de montrer plus de sagacité et d'intelligence dans le choix du premier problème à résoudre.

Hippocrate, Paré avaient déjà signalé l'heureuse influence de la chaleur sur la cicatrisation des plaies; M. Larrey avait bien noté la plus grande rapidité avec laquelle se guérissaient les plaies en Egypte, comparativement à la durée plus longue que le climat de l'Allemagne apportait à leur consolidation; mais il fallait préciser ces données et les élever jusqu'à l'application. Nous ne décrirons pas les ingénieux appareils de l'auteur, et, sans entrer dans les détails de ses expériences, nous arrivons aux résultats qu'il a obtenus. Des lapins en grande quantité et des chiens en ont été les sujets. On leur pratiquait des plaies de toute espèce, et la chaleur était appliquée d'une manière ou locale, ou diffuse, ou générale : un nombre égal de plaies semblables était toujours pratiqué à des animaux dans les mêmes conditions, l'élévation artificielle de la température exceptée, pour servir de terme de comparaison.

1° La guérison des plaies a toujours été plus rapide dans une température au dessus de + 30° cent. sans pansement, que dans une tem-

pérature inférieure, avec ou sans pansement;

2° Quelques plaies ont guéri dans la température élevée, qui n'ont pas guéri dans la température ordinaire;

3° La plupart des plaies ont guéri dans la première sans inflammation ni suppuration, ce qui n'a pas été observé dans la seconde;

4° Des plaies en pleine suppuration ont cessé de suppurer, étant exposées à la chaleur et sont rentrées dans la condition des plaies fraîches, pour se guérir ensuite comme ces dernières.

Ces conclusions sont celles auxquelles ont permis d'arriver soixante-quatre expériences sur des lapins et un grand nombre d'autres sur des chiens. Pour l'homme, voici quelles elles ont été:

1° Un ulcère peut arriver à parfaite guérison sans pansement et sans autre moyen que l'élévation de la température;

2° La chaleur atmosphérique peut déterminer la formation d'une cicatrice très étendue en quarante-huit heures sur une plaie ancienne;

3° Dans tous les cas, elle aide puissamment la cicatrisation;

4° Loin d'enflammer les parties sur lesquelles on l'applique, elle peut faire disparaître l'inflammation existante;

5° Elle peut porter son action profondément et agir, passagèrement du moins, sur un mal interne.

Ces dernières conclusions résultent d'un grand nombre d'expériences faites à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, dans les services et sous les yeux de MM. Breschet et Roux.

Comme confirmation de ces résultats, l'auteur a noté souvent, dans le cours de la cicatrisation d'une plaie, les effets nuisibles des vicissitudes atmosphériques, quand elles consistent dans le passage, et surtout le passage subit, du chaud au froid, et leurs effets favorables, au contraire, lorsqu'elles ont lieu d'une température basse à une température élevée.

Guidé par l'analogie et des inductions très admissibles sur l'étiologie de diverses maladies internes, l'auteur pense que le moyen qu'il a si heureusement appliqué aux cas que nous avons dit, pourrait être raisonnablement essayé dans le traitement des maladies; savoir: la température locale d'abord sur les plaies, sur les ulcères, sur les engorgemens scrofuleux, sur les douleurs rhumatismales et sur les tumeurs blanches; la température diffuse, sur les sciatiques, les aménorrhées accidentelles, la paraplégie; la température générale dans l'aménorrhée des jeunes filles, dans la diathèse scrofuleuse, dans la phthisie pulmonaire.

—

REVUE MÉDICALE.

(*Juin* 1835.)

La *Revue* de ce mois contient dans sa partie de *clinique et mémoires*:

1° Des considérations cliniques sur trois observations d'anatomie pathologique, recueillies à l'hôpital de Lagrave, par le docteur *Amédée Dupau*: la première observation se rapporte à une hémorrhagie gastro-intestinale, immédiatement suivie de la mort chez un sujet phthisique; la seconde contient l'histoire d'une affection tuberculeuse du cœcum, de l'épiploon, du mésentère et du pancréas, avec perforation intestinale et péritonite mortelle; la troisième renferme des détails sur une tumeur cancéreuse, développée à la face interne de la dure-mère, qui avait soulevé le crâne et déprimé profondément le cerveau; — 2° Le commencement d'un mémoire de M. *Velpeau*, sur un nouveau traitement de la brûlure, dont nous attendrons la fin pour en rendre compte; — 3° L'histoire d'une monomanie homicide guérie par les vermifuges, par M. *Fourreau de Beauregard*.

Monomanie homicide guérie par les vermifuges, par le docteur Fourreau de Beauregard, *observation lue à l'Académie de médecine.* —

M. Fourreau de Beauregard pratiquait depuis plusieurs années la médecine en Italie, lorsque, dans le printemps de 1822, il fut consulté par un religieux. Cet homme était tourmenté, depuis un certain nombre d'années, d'une antipathie invincible pour un de ses confrères qu'il voulait tuer, absolument sans aucun motif. Des signes très incertains, tels que le bourdonnement des oreilles, le penchant à la somnolence, une teinte particulière du visage, et, plus que tout cela, la voie d'exclusion, amenèrent M. Fourreau à croire à l'existence de vers intestinaux et à prescrire des vermifuges.

Pendant plus de six mois, il n'y eut aucun changement dans les dispositions homicides du religieux; mais, vers cette époque, il fit au médecin la confidence que jamais il n'avait pris les vermifuges, en le suppliant de lui accorder son pardon. Jusque-là il n'avait accordé aucune confiance à la prescription vermifuge; mais, une fois, « s'étant couché bien portant, il fut réveillé, au milieu de la nuit, par une sensation de suffocation, d'étranglement, qui lui fit perdre la parole, et dont il crut sa vie immédiatement menacée. Au bruit qu'il fit dans sa cellule, ses confrères vinrent à son secours. Son angoisse était causée par un ver lombricoïde, long de près d'un pied, qui était remonté de l'estomac au gosier, et avait quelque temps cherché une issue, jusqu'à ce qu'enfin il parut au dehors, et mit les assistans dans le cas d'en débarrasser le malade. » M. Fourreau prescrivit alors des pilules de calomel et d'assa-fœtida, unies par le sirop d'absinthe, et roulées dans la poudre de valériane. Le résultat de l'usage de ces pilules fut la sortie d'un paquet de vers, et, après la sortie des vers, la cessation absolue et complète de la monomanie homicide. Depuis dix ans, que cette guérison a eu lieu, il n'y a pas eu de récidive ni de tendance à la récidive.

M. Fourreau, dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, est porté à croire que la cause principale de la monomanie homicide est l'existence des vers intestinaux. Cette conséquence nous paraît forcée. Tout le monde sait que l'on trouve souvent des vers intestinaux dans le cadavre des aliénés, et il n'est pas douteux que non seulement la monomanie homicide, mais d'autres aliénations mentales, reconnaissent pour cause la présence des vers intestinaux. Mais combien d'autres maladies reconnaissent quelquefois la même cause, qui ne peuvent cependant y être rattachées ni constamment, ni même principalement? *Nullum tam peregrinum est symptoma tàmque* δαιμόνιακον, *quod vermes excitare non possint*, a-t-on dit avec

beaucoup de vérité : cela signifie que les vers *peuvent* produire *tous* les maux, mais non que la plupart des maux sont causés par les vers.

—

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES.

(*Juin* 1835.)

Les quatre numéros de juin contiennent :

1° Des observations chirurgicales, par le docteur *Clot-Bey*, chirurgien en chef des armées du vice-roi d'Egypte ;—2° Une observation d'inflammation chronique générale du système vasculaire, par M. *Dechambre*, élève interne de la Salpétrière ; — 3° Des observations pour servir à l'histoire du cancer des os, par le professeur *Dubrueil*, de Montpellier. Ce mémoire, le second que M. le professeur Dubrueil publie dans ce journal sur les maladies du système osseux, n'est que l'extrait d'un travail étendu, accompagné de beaux dessins, représentant les cas les plus remarquables des maladies de ce système ; — 4° Une lettre du docteur *Clot-Bey* au docteur *Chervin*, sur la peste qui règne en Egypte ; — 5° Une courte dissertation sur un cas d'hémiplégie produite par une simple congestion sanguine du cerveau et de phlébo-cardite consécutive à une saignée du bras, par le professeur *Bouillaud* ; — 6° Un mémoire non terminé sur la méthode endermique appliquée à quelques lésions du système nerveux, par le docteur *Raciborski*. Nous attendrons la fin de ce travail pour en rendre compte.

Observations chirurgicales, par le docteur Clot-Bey. — Après avoir brièvement rapporté l'extraction d'une balle de la cavité médullaire du tibia, l'extraction d'un sequestre du tibia, une amputation du bras avec torsion des artères, l'ablation d'une tumeur lipomateuse située à l'épaule, deux abaissemens de cataracte, M. Clot-Bey arrive à l'histoire d'une résection de la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur, pratiqué pour une nécrose et une carie de cet os. Ce cas fut remarquable par la promptitude de la guérison, et l'auteur rappelle ici que le succès prodigieux des opérations chirurgicales en Egypte tient en grande partie au caractère et à la constitution des individus, ainsi qu'à la bonté du climat. La carie s'étendait depuis la symphyse du menton jusqu'au condyle. L'opération fut pratiquée de la manière suivante : le chirurgien incisa depuis le niveau du condyle jusqu'à l'angle postérieur de la mâchoire, et de là jusqu'au dessous du menton en suivant le rebord inférieur de l'os ; il détacha de la face interne du maxillaire toutes les parties molles qui entrent dans la composition de la joue ; il mit à nu aussitôt le condyle et l'apophyse coronoïde nécrosés et ne formant qu'un pièce ; le reste de la mâchoire, carié jusqu'à la seconde dent incisive, fut isolé des parties molles ; la scie à chaînettes fut passée en arrière de la symphyse, et l'enleva avec facilité.

La carie des côtes et celle du sternum ont plusieurs fois exigé de M. Clot, soit la trépanation du sternum, soit la résection des côtes. Les nègres et les Abyssiniens sont beaucoup plus sujets que les Arabes à cette affection ; ils sont aussi plus susceptibles d'engorgemens glandulaires, et ont une disposition éminente à la phthisie pulmonaire, si rare chez les Arabes.

Cet article se termine par deux observations d'éléphantiasis des grandes lèvres chez des femmes arabes. Cette maladie, assez commune dans ce pays, a cependant été rarement observée par M. Clot, à cause du scrupule que mettent les femmes d'Orient à découvrir leurs parties génitales. L'une des femmes dont il est question a été mise en voie de guérison par des applications de sangsues et des frictions de pommade hydriodée ; chez l'autre, la tumeur, qui avait acquis le volume d'une tête d'enfant, a été enlevée au moyen de deux incisions semi-lunaires ; aucun vaisseau n'a été lié ; plusieurs points de suture du pelletier ont été pratiqués, et, après la guérison, la lèvre opérée avait la même forme et la même étendue que celle du côté sain.

Lettre de M. Clot-Bey sur la peste d'Egypte. — Cette lettre est datée du Caire et du 26 mars 1835 : M. Clot déclare que plusieurs faits tendent à prouver la contagion, et qu'un grand nombre d'autres s'opposent à ce qu'on admette l'idée de contagion. Six médecins du Caire, par exemple, touchent continuellement les malades, sans prendre aucune précaution ; des élèves en médecine, des infirmiers sont aussi en rapport avec les mêmes malades, et jusqu'ici aucun accident n'a eu lieu. Il nous semble que les faits confirmatifs de la contagion pestilentielle dont parle M. Clot-Bey ne peuvent être détruits par les faits négatifs, et que ceux-ci ne sont que de nature à restreindre, et point à détruire l'idée de contagion. — Il n'a pas encore été prouvé que la peste ait été importée à Alexandrie. La maladie a commencé en novembre 1834 à Alexandrie ; les premiers symptômes, au Caire, n'ont eu lieu qu'en janvier, et les communications étaient libres entre Rosette, Damiette, qui n'en ont pas été affectées, et le Caire, où elle n'est arrivée qu'au bout de deux mois. L'isolement des individus et des maisons ne garantit point, et le développement de la maladie ne peut être attribué ni aux inondations ni au mauvais système d'inhumations. — Les sujets les plus maltraités sont les pauvres, les malpropres et les malsains.

M. Clot, du reste, ne donne ces premiers renseignemens que comme incomplets.

—

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(*Juin* 1835.)

Les articles originaux contenus dans les quatre numéros de ce mois sont :

1° Des recherches sur les accidens produits par l'usage des préparations de charcuterie avariées, par M. *Pointe*, professeur à l'Ecole de Médecine de Lyon ; — 2° Des remarques sur l'ablation de la langue par la ligature, par M. Math. *Mayor*, de Lausanne. Ces remarques, relatives aux inconvéniens dont M. Mayor accuse le procédé de M. Mirault, d'Angers (1), suscitent entre M. Mayor et M. Mirault une polémique qui se continue dans la *Gazette* jusqu'au mois d'août, et à laquelle nous ne nous mêlerons pas ; — 3° Une revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant les mois de mars et avril 1835, par M. A. *Boyer* ; — 4° Un mémoire du docteur *Rognetta* sur les exostoses ; — 5° Un mémoire lu par M. M. *Mayor* à l'Académie des

(1) Voir le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 2e année, p. 60.

Sciences sur un bassin en fil métallique (1); — 6° La thèse de M. le docteur *Poulain* sur la crépitation des gaînes tendineuses; — 7° Des observations sur les hémorrhagies des premières voies chez les enfans nouveau-nés, par M. le docteur *Conrad-Rahn-Escher*, médecin à Zurich; — 8° Une revue chirurgicale des hôpitaux, dans laquelle il est rendu compte de quelques cas de blépharoplastique, pratiqués par MM. *Jobert* et *Blandin*; et d'une pupille artificielle pratiquée par M. *Laugier* au moyen d'un nouveau procédé.

Des accidens produits par la charcuterie avariée, par M. Pointe. — De toutes les préparations de charcuterie, la plus susceptible de mauvaise confection ou de dépravation, c'est le boudin. Les charcutiers suppléent quelquefois au bon et frais sang de cochon qui doit entrer dans leur composition par du sang de veau et de mouton bien plus aisé à se corrompre, ou même par du sang vieux et déjà corrompu de cochon. Les boudins alors sont d'un noir plus terne, ils sont mollasses, conservent l'impression du doigt, et les bandelettes de graisses qu'ils contiennent sont également moins fermes et d'un moins bon aspect. Quant aux autres préparations composées de diverses parties de l'animal, hachées, mêlées et fortement épicées, on conçoit que la décomposition doit s'en emparer facilement, puisqu'il suffit de la mauvaise qualité de l'un des élémens du mélange pour altérer le mélange tout entier.

A propos de la mauvaise influence de la charcuterie en général sur la santé de l'homme, M. Pointe fait remarquer que c'est avec raison que, sur mer, l'on ne fait point entrer le cochon salé dans le régime des équipages destinés à de courtes traversées, et que pour les voyages de long cours on ne l'y fait entrer que dans une proportion toujours déterminée. Il fait observer encore que, dans notre colonie d'Afrique, Bougie se fait remarquer par le grand nombre de ses malades, et il pense que cette circonstance dépend de ce que Bougie est de tous les points du gouvernement d'Afrique celui où les vivres et particulièrement les bestiaux arrivent avec le plus de peine, et où par conséquent le soldat est le plus souvent exposé à ne vivre que de viande de cochon salé. C'est un point d'hygiène publique que les médecins militaires attachés au service de Bougie doivent s'appliquer à éclaircir.

Revue clinique de l'Hôtel-Dieu, par M. A. Boyer. — Dans cette revue, M. Boyer traite surtout du *diagnostic de la rougeole et de la scarlatine*, et de *l'emploi de la teinture de colchique dans le rhumatisme articulaire aigu*. Les mois de mars et d'avril ont offert des exemples nombreux de scarlatine et de rougeole dans le service de M. Chomel. A ce propos, M. Boyer rappelle avec justesse et précision les principaux traits qui différencient ces deux affections aux yeux des observateurs. Dans la scarlatine, le début se fait presque toujours par un mal de gorge violent, et fort souvent par du délire et des symptômes nerveux qui ne se rencontrent point dans la rougeole. La fièvre et la chaleur de la peau de la scarlatine sont aussi incomparablement plus intenses. Dans la rougeole, les phénomènes de catarrhe ou de phlegmasie pulmonaire sont constans : c'est à la suite du catarrhe rubéolique, et point à la suite de l'angine scarlatineuse, que les coqueluches opiniâtres attaquent les enfans, et que la phthisie tuberculeuse les emporte. M. Boyer appelle notre attention sur un symptôme en effet fort remarquable dans la rougeole, qui ne se rencontre pas dans la scarlatine, à savoir les crachats qui dès les premiers jours, et même dans les cas sans gravité, ont tant d'analogie avec ceux des phthisies confirmées. — « Un « fait sur lequel les auteurs n'ont pas assez in- « sisté, suivant le rédacteur de la *Gazette*, est « celui relatif à la prédisposition des scarlati- « neux à contracter les affections rhumatisma- « les. On peut évaluer à trois sur huit le nombre « des adultes qui, atteints de scarlatine, pré- « sentent cette complication. » Peut-être quelques auteurs n'ont-ils pas assez insisté sur ce fait; rappelons pourtant que Henke, dans l'article *scarlatine* de son *traité des maladies des enfans*, parle des vives douleurs de membres dont se plaignent quelques malades après la disparition de la fièvre, et conseille contre ces douleurs à l'intérieur le camphre à petites doses souvent répétées, à l'extérieur les topiques irritans et les enveloppes de taffetas ciré. Rappelons encore que Currie, dans l'exposition de sa méthode de traitement de la scarlatine par les affusions froides, dit positivement que le rhumatisme scarlatineux n'a pas une grande importance comme contre-indication. M. Boyer insiste avec raison sur l'épaisse couche comme pseudo-membraneuse qui recouvre la base de la langue des scarlatineux, et qui n'est jamais si prononcée dans les plus graves rougeoles que dans les plus légères scarlatines.

Mémoire sur la crépitation des gaînes tendineuses, par M. Poulain, D. M. *Thèse inaugurale*. — C'est Boyer qui le premier a signalé à l'attention des chirurgiens cette maladie; mais il ne l'a fait que légèrement et n'en a point donné de description spéciale. « Les personnes, dit-il, qui exercent leurs mains à des travaux pénibles et fatigans, sont sujettes à une affection singulière du tissu cellulaire qui environne les muscles long abducteur et court extenseur du pouce, dans laquelle ces muscles devenus un peu plus saillans font entendre, lorsqu'on les comprime, un bruit particulier que l'on pourrait confondre avec la crépitation, et que l'on ne peut mieux comparer qu'à celui que produit l'amidon quand on le presse entre les doigts. Cette sensation est si différente de la véritable crépitation causée par les fragmens d'une fracture, qu'elle ne peut en imposer à un chirurgien exercé. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 222). M. Velpeau a vu cependant cette crépitation confondue par un chirurgien avec celle d'une fracture; il a observé plusieurs fois cette maladie, en a fait le sujet de plusieurs leçons intéressantes, et en a parlé avec détail dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*. C'est dans les leçons de M. Velpeau que M. Poulain a puisé l'idée et les matériaux de son mémoire.

Après avoir rappelé les dispositions anatomiques du poignet et de l'articulation tibio-tar-

(1) Dans le deuxième numéro de la 1re année du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, p. 61, nous avons parlé de ce bassin artificiel de M. Mayor, à propos d'une communication qu'il en fit alors à l'Académie de médecine.

sienne, également sujette à cette affection, l'auteur arrive à l'étiologie. La cause générale de la crépitation des gaînes tendineuses est l'action forcée et souvent répétée des tendons, quelquefois aussi une violence extérieure. Ainsi, toutes les professions qui demandent l'exercice habituel et excessif des muscles passant devant et derrière le poignet, et qu'il serait trop long d'énumérer ici, fournissent autant de causes déterminantes; et, suivant que ce sont les muscles de la pronation ou ceux de la supination qui agissent, la crépitation se sent en avant ou en arrière. De même la marche forcée, le frottage des appartemens, la danse fréquente, etc., sont les causes de la maladie de l'articulation tibio-tarsienne. M. Poulain rapporte l'exemple d'une contusion de la partie supérieure et antérieure du bras avec crépitation, dans lequel plusieurs personnes crurent à l'existence d'une fracture du col chirurgical de l'humérus : M. Lisfranc, dans les salles duquel se trouvait le malade, n'osa d'abord se prononcer ni pour ni contre la fracture : quelques jours de repos suffirent pour permettre au malade de sortir sans douleur et sans crépitation. Ne peut-on, dans ce cas, attribuer la crépitation entendue à la contusion du tendon du biceps?

Les symptômes de cette maladie sont : le gonflement, la douleur, la rougeur de la peau, et la crépitation pathognomonique, qui ressemble quelquefois à celle du premier degré de la pneumonie, quelquefois, mais bien rarement, à celle du frottement de deux fragmens osseux, et, plus que tout cela, suivant M. Velpeau, au bruit qu'on produit en marchant sur la neige après une forte gelée.

La considération des circonstances dans lesquelles la maladie s'est produite empêchera de la confondre avec d'autres maladies; l'influence curative d'un repos de quelques jours confirmera dans le diagnostic : les kystes hydatiques du poignet, dans lesquels on perçoit en effet de la crépitation, ont toujours une marche bien différente, et forment deux tumeurs, l'une au dessus, l'autre au dessous du ligament annulaire antérieur du carpe, qui communiquent et offrent une fluctuation évidente.

Traitement. — Repos, compression méthodique, antiphlogistiques, résolutifs. M. Velpeau regarde cette affection comme une phlegmasie chronique de la membrane synoviale, avec épanchement de matière plastique à l'intérieur et à l'extérieur de cette membrane.

JOURNAUX ANGLAIS.

Nous avons rendu compte au mois d'août des journaux trimestriels de la Grande-Bretagne; les journaux mensuels et hebdomadairres nous ont paru offrir un intérêt fort mince, et nous nous sommes abstenus d'en parler dans notre numéro de septembre. Nous ne sommes pas plus heureux ce mois-ci. Nous attendons les journaux d'octobre.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Journal der praktischen Heilkunde.

(*Hufeland et Osann. — Janvier* 1835.)

Le journal fondé par Hufeland, il y a près d'un demi-siècle, a atteint son quatre-vingtième volume. On trouverait assurément peu d'exemples d'un ouvrage de ce genre, traversant une époque aussi orageuse, sans subir d'autres modifications que celles qu'y ont introduites les pacifiques révolutions de la science, soumis pendant quarante ans à la direction du même homme, et survivant à presque tous ses premiers souscripteurs. Le patriarche de la presse médicale périodique se félicite avec raison d'un succès si remarquable, et, dans un âge où d'ordinaire on n'aspire plus qu'au repos, il se décide à poursuivre une entreprise si long-temps et si généralement appréciée. Nous ne serons pas les derniers à applaudir à cette courageuse détermination.

Le numéros de janvier contient les articles suivans :

1° Sur les variétés et les différences pathologiques de la race humaine, par *C. W. Hufeland*; — 2° Typhus intestinalis, ou entero-pyosis typhosa; — 3° Instruction sur la préparation de l'aimant artificiel, par le docteur *Becker*, à Mulhouse; — 4° Nécrose des os du crâne, et ramollissement de la substance cérébrale, par le docteur *Graff*; — 5° Effet d'une dose trop forte de teinture de colchique, par le docteur *Biermann*.

Le premier de ces articles ne fait guère que reproduire d'anciennes idées sur l'*unité d'origine* de la race humaine, sur les modifications que lui fait subir l'influence des climats, sur les tempéramens et les idiosyncrasies. Dans le second, un père se plaint avec amertume de la mort de ses deux fils enlevés, à quelques jours d'intervalle, par un *typhus abdominal inflammatoire traité comme une fièvre nerveuse ordinaire*, et, dans la discussion à laquelle il se livre, la douleur parle plus haut que la science.

Les détails que le docteur Becker donne sur la préparation de l'aimant artificiel sont purement techniques, et ne sont accompagnés d'aucune considération thérapeutique. Il s'agit tout simplement d'une modification du procédé du docteur Keil de Goettingue, procédé que ce médecin a fait connaître à plusieurs de ses confrères, *à prix d'argent, et sous la promesse de ne le communiquer à personne avant le délai de cinq ans, et de ne le rendre jamais public.* M. Becker a publié, en 1829, un ouvrage intitulé : *Der mineralische magnetismus, etc.*, ou *Le magnétisme minéral et ses applications à la médecine.*

Nécrose des os du crâne avec ramollissement du cerveau. — Elisabeth K., âgée de vingt-six ans, entre à l'hôpital le 20 avril avec un érysipèle de la face, survenu après de violentes douleurs de tête qui ont cessé à la première apparition de la maladie cutanée. Le gonflement est considérable, la fièvre intense, la soif vive, la langue chargée, les évacuations régulières; la

malade se plaint de *bourdonnement dans les oreilles*. Le lendemain et le surlendemain, vomissemens bilieux, affaissement, délire passager, tintement d'oreille, *céphalalgie insignifiante*, toux rare, un peu de râle. Le 25, le délire et la tuméfaction de la peau disparaissent, la desquammation commence; la douleur de tête est à peu près nulle, mais *la faculté de voir est anéantie;* enfin arrive un état soporeux dans lequel la malade expire au bout de vingt heures.

A l'autopsie on trouve les os du crâne très minces, surtout dans le voisinage des tempes; le long de la suture sagittale, ils ont perdu leur poli et présentent un aspect crayeux. Sous l'arachnoïde et sur l'hémisphère droit, existe une ecchymose, de plusieurs pouces de diamètre, qui pénètre çà et là dans la substance cérébrale teinte en rouge noir et ramollie à la profondeur de plusieurs lignes. On rencontre dans divers points de la masse du cerveau des concrétions sanguines noirâtres, logées dans de petites cavités à bords frangés; la substance cérébrale qui entoure ces espèces de loges est ramollie, d'un brun sale, et suppurante, dans une épaisseur de plusieurs lignes. Une de ces concrétions occupe la partie moyenne de l'hémisphère gauche; elle est moins étendue que celle du côté droit. Les plexus choroïdes sont peu injectés, mais remplis d'hydatides; les parois des ventricules sont très pâles. L'apophyse crista-galli est fort pointue; sa base est aussi mince que du papier très fin; elle est perforée de part en part. La selle turcique est perforée, rongée au centre et surtout sur les bords, de manière que la cavité qu'elle recouvre est ouverte. La même altération existe à la base des deux rochers, sur une étendue de trois-quarts de pouce, et pénètre profondément dans ces os. Dans tout l'espace occupé par cette altération, on n'aperçoit plus que quelques lamelles osseuses, formant une sorte de crible; la dure-mère est intacte, même sur les os altérés. Les autres organes n'offrent rien de particulier, si ce n'est qu'ils sont flasques, pâles et presque exsangues.

Tout ce que M. Graff a pu apprendre par ses recherches sur le commémoratif, c'est que la malade éprouvait depuis deux ans de violens maux de tête qui, tantôt devenaient assez faibles pour lui permettre de reprendre ses travaux habituels, tantôt acquéraient assez d'intensité pour la contraindre à garder le lit. Dans certains paroxysmes très aigus, elle se roulait par terre et perdait la vue, qui ne manquait jamais de se rétablir l'exacerbation passée. M. Graff se demande, sans en avoir aucune preuve directe, si tous ces désordres ne sont pas le résultat de l'infection syphilitique.

Effets d'une dose trop forte de teinture de colchique. — Un homme de soixante ans, accoutumé à prendre dix à quinze gouttes de teinture de semences de colchique dans les accès de goutte auxquels il était sujet, s'avisa de porter la dose à cinquante gouttes en deux fois dans l'espace d'une heure. Une céphalalgie frontale insignifiante, qui ne se manifesta qu'au bout de dix-huit heures, fut le seul accident *physique* qui résulta de cette imprudence; les conséquences *psychiques* en furent bien autrement graves. Tandis que la vision avait acquis une netteté jusqu'alors inconnue au malade; ses facultés intellectuelles s'affaiblirent; les mots qu'il lisait si bien ne s'arrangeaient plus dans sa tête de manière à former un sens; même dans les phrases les plus courtes, il ne pouvait retrouver le mot qu'il venait de lire; il confondait les noms des objets qui lui étaient le plus familiers; quelquefois même sa langue se refusait à prononcer certains mots. Pendant les huit premiers jours, il ne pouvait écrire rien de suivi; il lui était impossible de ne pas omettre, dans un petit nombre de lignes, tantôt une syllabe, tantôt un mot entier; il corrigeait lui-même ses fautes en relisant, etc. M. Biermann ne dit rien sur la durée et la terminaison de ce singulier genre d'aliénation mentale.

—

MEDICINISCHE ZEITUNG.

(*Gazette médicale de Berlin. — Décembre* 1834.)

N° 49, Dégénération remarquable dans le bas-ventre; — N° 50, Difficulté du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, par le docteur *Froriep;* — N° 51, Propriétés curatives de la vaccine, par le docteur *Klose;* -- N° 52, Empoisonnement par la semence de cataputia minor, par le docteur *Bennewith;* — Opération de hernie étranglée chez une femme enceinte, par le docteur *Dick;* — N° 53, Sur la trépanation, par le docteur *Ebermaier;* — Vaccine naturelle, par le docteur *Albers;* — Cas de gastrobrosis, par le docteur *Wolff.*

Les numéros 49 et 50 contiennent, en outre, un *Mémoire sur la syphilis congéniale*, par le docteur *Simon*, qui nous a paru mériter d'être analysé avec quelque détail, et que nous donnerons à nos lecteurs sous forme de mémoire.

Difficulté du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — Après avoir reconnu les progrès qu'a faits dans ces derniers temps la science du diagnostic, M. Froriep se plaint de ce que nous nous croyons plus capables encore que nous ne le sommes en réalité. C'est surtout en ce qui regarde les affections du cœur et des gros vaisseaux de la poitrine et du bas ventre que notre présomption lui paraît le moins fondée; et il appuie cette opinion sur le fait suivant, qui mérite d'autant plus de confiance qu'il se trouvait au nombre de ceux qui ont été soumis en 1834 aux jeunes médecins qui subissaient alors leurs épreuves cliniques.

Un meûnier, nommé Henri Sprenglin, âgé de quarante ans, entra à la Charité de Berlin le 26 avril 1834. La gale, la syphilis, la débauche, la misère et une habitation humide avaient singulièrement altéré sa constitution. Il était depuis trois mois dans l'état ci-après : luxation légère, en arrière de la première vertèbre dorsale saillie de la partie supérieure du sternum et de son extrémité inférieure, dépression de la partie moyenne de cet os; respiration anxieuse et irrégulière, mais seulement par intervalles, toux fréquente accompagnée d'un sentiment de constriction spasmodique, congestions violentes et répétées vers la tête et la poitrine. La toux cessait quelquefois pendant plusieurs jours, et reparaissait avec une nouvelle intensité à l'occasion de quelques efforts; crachats muqueux, transparens, mêlés

de grumeaux jaunâtres, opaques, petits, arrondis, et fortement unis ensemble, quelquefois parsemés de stries sanguinolentes. Sommeil agité, troublé par des rêves effrayans; le malade supportait le décubitus horizontal, toutefois il couchait la tête et les épaules élevées. La percussion ne produisait aucun son anormal; râle muqueux, pouls un peu accéléré et un peu dur dans les derniers temps. Mouvement de déglutition un peu douloureux, sans traces d'inflammation du pharynx, quoique des douleurs passagères se fissent ressentir dans les nerfs de cette partie; la main appliquée sur la région de la poitrine ne sentait rien d'extraordinaire dans les battemens du cœur. Le 29 avril on donne le sel ammoniac avec le vin stibié. Le 30, le malade passe une heure et demie au jardin; il y est pris d'un accident semblable à la syncope, avec orthopnée, toux brève et seche, congestions cérébrale et thoracique. On pratique une saignée de six onces, on applique des sinapismes, on prescrit le nitre et le tartre stibié; le sang tiré de la veine est aqueux, presque décomposé. Le 1er mai vers le soir, la dyspnée augmente, le râle survient, et la mort arrive brusquement.

Autopsie. — Les veines cérébrales sont injectées; rien d'anormal dans l'abdomen. La partie supérieure du sternum adhère fortement en arrière à une tumeur dont on déchire la paroi antérieure en tirant l'os avec violence. Cette tumeur, du volume du poing, est un anévrysme faux-consécutif (*anevrysma spurium*), dont l'ouverture de communication avec l'aorte commence à un pouce de l'origine de ce vaisseau, et se termine à la naissance de l'artère innominée. Les bords de cette ouverture sont arrondis, noueux; la surface interne du sac anévrysmal est parsemée également de nodosités; ses parois sont formées par un tissu cellulaire résistant, doublé de lamelles fibreuses. La face postérieure du sternum est raboteuse, le péricarde adhère partiellement au cœur et la plèvre aux poumons par suite de la pression de la tumeur; la plèvre gauche contient une livre de sérosité sanguinolente; il existe quelques tubercules; le larynx et la trachée sont parfaitement sains, bien que les bronches contiennent un peu de mucosité rougeâtre et opaque.

On trouvera des cas analogues d'anévrysme de la crosse de l'aorte, qu'aucun symptôme n'avait trahi, dans le *Journal des Sciences médicales et chimiques de Dublin* (1833), dans la *Lancette*, dans le *Medical and surgical journal d'Edimbourg*, etc.

Propriétés curatives de la vaccine. — On sait que plusieurs médecins ont considéré la vaccine, non seulement comme préservatif de la variole, mais encore comme moyen curatif de diverses maladies. Valli croyait qu'elle mettait à l'abri de la peste, ce qui est très probablement une erreur. Mais on a vu souvent la constitution d'enfans débiles et malingres s'améliorer après la vaccination. On a constaté à Vienne que sur trois cents enfans, dont cent-trente-six avaient été vaccinés, ces derniers jouissaient de la santé la plus florissante, et se distinguaient surtout par l'absence complète de symptômes scrophuleux. « M. Klose a soutenu cette opinion dans son livre *sur les maladies considérées comme moyens préservatifs ou curatifs des maladies.* » Il l'étaie aujourd'hui sur un fait nouveau.

P..., âgé de vingt-six ans, fut affecté de scrophules et de rachitis dès sa plus tendre enfance; il avait, outre plusieurs ulcères scrofuleux, une carie des os du bras gauche, accompagnée de douleurs vives et d'immobilité de l'articulation du coude; la fièvre hectique le consumait lentement, et la pensée où l'on était qu'il ne tarderait pas à périr, fit négliger la vaccination. Quelques années s'étant écoulées, on l'oublia tout à fait. Enfin au printemps dernier on a su par hasard qu'il n'avait pas été vacciné, et on l'a soumis sans délai à l'opération. Les pustules vaccinales n'ont rien offert de particulier si ce n'est un volume assez considérable; mais le neuvième jour est apparue une éruption de boutons pointus qui a couvert tout le bras gauche, et le bras droit seulement dans le voisinage des pustules vaccinales; cette éruption a parcouru ses périodes en trois semaines, et a présenté les caractères d'une fausse variole confluente; mais en réalité c'était un effort métastatique de la nature, car dans le même temps les vieux ulcères se sont cicatrisés, la mobilité du coude s'est rétablie incomplétement, et la fièvre a fait place à un état fort supportable. Quelques mois après, la santé a été parfaite, et ce malheureux qui avait passé des années dans son lit à attendre la mort, exerce maintenant la profession de berger.

Empoisonnement par les semences de cataputia minor (euphorbia lathyris). — Les paysans ont encore recours à ce purgatif, abandonné par les médecins. Deux enfans, l'un de deux ans, l'autre de quatre à qui leurs parens l'avaient imprudemment administré, furent pris de nausées et de vomissemens qui croissaient d'une manière effrayante; le regard devint fixe, la pupille énorme, les paupières immobiles, le visage pâle et cadavéreux, le corps immobile et glacé, le pouls petit et irrégulier, le ventre contracté, les selles très abondantes.

Dans la pensée que le poison avait été rendu par le vomissement, on administra la potion de Rivière. Au bout de cinq heures, la réaction eut lieu avec énergie; comme les boissons n'étaient pas supportées par l'estomac, on se contenta de laver fréquemment la peau avec de l'eau vinaigrée. Un sommeil profond et des sueurs abondantes terminèrent la scène.

Opération de hernie crurale étranglée chez une femme enceinte. — La malade ne se décida à l'opération que le neuvième jour. Après avoir incisé le sac, on dut diviser la lèvre supérieure de la plaie dans l'étendue d'un pouce pour mieux découvrir l'intestin; un débridement de cinq lignes fut pratiqué, en haut et en dehors, sur l'anneau crural, l'intestin fut replacé dans l'abdomen. Le sixième jour un peu de matière fécale sortit par la plaie, on la pansa alors deux fois par jour, et on en toucha le fond, à plusieurs reprises, avec du nitrate d'argent; néanmoins un ascaride s'échappa encore par la même voie. Au milieu de ces accidens la malade fut prise des douleurs de l'enfantement, et accoucha d'un fœtus de quatre mois. Cette circonstance suspendit à peine la guérison de la plaie

qui était complète au bout de six semaines à partir du jour de l'opération.

Vaccine naturelle. — M. Schwahn, vétérinaire à Cammin, près de Stralsund, a eu occasion de voir, dans une étable de soixante vaches, quinze de ces animaux affectés de vaccine; par malheur l'éruption était déjà à la période de dessication lorsqu'il fut averti. Elle avait généralement son siège aux trayons; seulement deux vaches présentaient des pustules, l'une au flanc droit, l'autre à la face externe de l'aîne. Les croûtes étaient rondes, du diamètre d'une pièce de deux gros, amincies et irrégulières sur les bords, épaisses de trois lignes environ vers le centre. Leur surface externe était convexe et raboteuse, leur surface interne également convexe, mais lisse; leur couleur était brune, foncée en dehors, plus claire en dedans. Elles recouvraient un peu de sérosité purulente, et laissaient en tombant une cicatrice vaccinale facile à reconnaître.

Deux laitières, qui cependant avaient été vaccinées dans leur enfance, contractèrent la vaccine, et après quelques jours de céphalalgie, de malaise, de tiraillement dans les membres, elles eurent des pustules aux mains et aux bras, et même au visage.

Plus tard quelques autres vaches habitant la même étable, présentèrent la même éruption. Le berger, sa femme, sa fille et sa servante furent atteints; le premier, qui avait eu la variole, eut des pustules à la main droite et au nez; elles se développèrent moins bien que chez les trois femmes qui avaient été vaccinées.

Il faut ajouter que ces vaches n'ont été approchées par aucune bête étrangère, et qu'il n'existait dans le moment aucun cas de variole dans le voisinage. Malheureusement les faits n'ont pas été observés par un homme de l'art.

JOURNAUX ITALIENS.

ANTOLOGIA MEDICA.

ANGINE CROUPALE, *par le docteur* Valeriano Luigi Brera.

A Padoue, en octobre 1831, une petite fille agée de dix ans, éprouve un refroidisement qui lui cause pendant deux jours une vive chaleur à la gorge. Le troisième jour, elle est prise tout-à-coup d'une angine croupale avec une fièvre très aiguë. A la nouvelle de cet accident, le docteur Brera arrive en toute hâte, et appréciant toute l'imminence du danger, il fait appliquer douze sangsues sur les parties latérales de la trachée artère, par deux fois, dans l'espace de douze heures. Rémission de la fièvre. Immédiatement après la chûte des sangsues, demi-grain de kermès minéral associé à un quart de grain d'ipécacuanha dans un scrupule de sucre, de demi-heure en demi-heure, et par dessus une tasse d'infusion de fleurs de tilleul à l'état tiède. Dès la seconde prise, la fièvre a perdu de son intensité, mais la toux et la difficulté de respirer persistent au même degré; on continue, et à la quatrième prise tout le corps se couvre d'une sueur halitueuse, en même temps que les symptômes généraux s'adoucissent.

La petite fille venait d'avaler la cinquième dose, lorsqu'un violent éclat de toux lui fit vomir une fausse membrane roulée en tube et d'un certain volume : depuis ce moment la convalescence s'établit sans retour.

L'art avait troublé la nature dans son œuvre pathologique et ne lui avait pas laissé le temps de former le corps d'une maladie mortelle.

—

FONGUS MÉDULLAIRE DE LA RÉTINE, *par le docteur* Carlo Donegara.

Le fongus médullaire de l'œil provient d'une cause interne ou d'une percussion; il a son germe et son siége dans la rétine. On n'aperçoit d'abord qu'une très légère inflammation au fond de l'œil et on ne voit aucun engorgement dans les vaisseaux de la conjonctive. Par le progrès du mal, la pupille se resserre de plus en plus; les larmes coulent en abondance et ont un mordant qui attaque les paupières et les joues. Cette maladie affecte une marche irrégulière et est d'une durée variable. Au plus fort de l'inflammation, la conjonctive ne forme pas un bourrelet autour de la cornée transparente comme dans le chemosis, mais plutôt un anneau profond, couleur de chair. Passée l'inflammation, vous découvrez au fond de l'œil une tache d'un jaune paille, pâle; la pupille reste dilatée comme dans l'amaurose, a perdu toute sa sensibilité, et l'organe est entièrement privé de la vision.

Cependant la tache commence à être parcourue par quelques vaisseaux variqueux et prend une couleur orange; elle s'étend dans le creux du globe, abandonne peu à peu la concavité de la rétine et s'y change en un bouton tuberculeux, inégal, ressemblant à un flocon de neige.

A ce degré de la maladie, l'œil n'est plus guère enflammé; il paraît plus petit, plus mou que l'œil sain, et il semble qu'il va s'atrophier. Le fongus demeure ainsi quelque temps stationnaire, et l'on dirait qu'il est arrêté dans son progrès par le corps vitré, barrière pour lui difficile à franchir. C'est le premier temps qu'il importe de connaître, de saisir; car au delà il n'y a plus rien à attendre de l'opération. Au second temps, le fongus médullaire de la rétine est devenu constitutionnel.

En effet, une fois le corps vitré envahi, la scène change et offre d'autres phénomènes. D'un côté, la tache passe du jaune au blanc et même disparaît. Cette disparition tient à ce que le cristallin et sa capsule devenus opaques, puis d'un blanc perlé, s'avancent vers l'iris qu'ils poussent et appliquent contre la cornée transparente. Le globe de l'œil grossit avec tension et douleur, ne peut plus être recouvert par les paupières, acquiert le volume d'un gros marron, d'une orange dont il a la couleur, et est prêt de passer du squirrhe au cancer, les douleurs vont toujours en augmentant jusqu'à ce que le globe se soit crevé.

D'un autre côté et en même temps, surviennent la fièvre, l'insomnie, la soif, etc. Le ma-

lade maigrit de jour en jour, est pris de dévoiement colliquatif, sans aucune lueur d'espérance, à présent que l'œil se fond en débris de membranes, saigne au moindre attouchement et n'est plus qu'une source intarissable d'humeurs putrides.

Telle est l'histoire abrégée que trace le docteur Donégara du fongus médullaire de l'œil. Passons aux observations, et laissons d'abord parler notre auteur lui-même.

« La fille Conto Pernai, âgée de sept ans, affectée d'un fongus médullaire à l'œil droit, me fut adressée. Je la fis transporter à Pavie pour avoir l'avis de mon très célèbre maître, le professur Panizza. La maladie était à son premier degré, le 31 août 1821. Trois mois plus tard, je revis la malade et fis tirer un dessin du fongus pour l'envoyer au professeur de Pavie. Je pressai les parens de me laisser faire l'opération, leur assurant qu'elle était absolument nécessaire et réussirait; ils ne voulurent pas me croire.

« Au mois d'août de l'année suivante, les parens me ramenèrent leur enfant pour être opérée. Il n'était plus temps. L'œil désorganisé et converti en une tumeur de la grosseur d'une orange, spongieux, variqueux et saignant au moindre attouchement, donnait une humeur putride si âcre que les paupières et les joues en étaient excoriées. La malade était amaigrie, pâle, flétrie, fatiguée par une toux convulsive et avait tous les symptômes de la consomption scrofuleuse. Je fis tirer un second dessin de ce fongus, afin que du moins, la leçon du présent ne fût pas perdue pour l'avenir.

« Cette pauvre fille mourut le 17 octobre en pleine connaissance, malgré son déplorable état. La pièce anatomique se voit au cabinet de Pavie. »

Fongus médullaire de la rétine au premier degré.

Carlo Garganico de Como, âgé de 40 ans, avait perdu l'usage de l'œil droit à la suite de fréquentes ophthalmies. Lors de la visite de notre oculiste, l'organe paraissait sain; seulement la pupille était dilatée et immobile, et on apercevait plus en arrière une tache d'un jaune paille traversée par quelques vaisseaux sanguins.

Seconde visite au bout de deux mois. Le mal avait fait de grands progrès et s'était caractérisé : inflammation et varices de la conjonctive, hydrophthalmie, amincissement de la cornée transparente à son centre devenu protubérant, douleur dans tout le globe de l'œil. La tache se voyait encore au loin derrière l'iris qui n'était plus qu'un anneau d'un filet délié.

Il n'y avait pas de temps à perdre, le globe allait éclater. Le docteur Donegara plongea un bistouri étroit dans le globe de l'œil et fit une incision autour de la cornée transparente. L'organe se vida, et après une suppuration excitée et entretenue pendant trois mois, la plaie se cicatrisa parfaitement. La sclérotique s'était retirée peu à peu sur elle-même au fond de l'orbite, de manière à former une petite éminence propre à soutenir un œil artificiel.

— Le 28 novembre 1822, un petit garçon de vingt mois fut présenté à notre oculiste. Cet enfant avait souffert deux mois auparavant une ophthalmie très douloureuse pendant le travail de la dentition, du côté gauche. L'inflammation avait cédé à une salivation abondante; mais depuis cette crise, il ne voyait plus de l'œil gauche. Une tache jaunâtre était restée au fond de l'orbite, la pupille constamment dilatée ne se rétrécissait pas même à la lumière la plus vive. L'ophthalmie récidivait et on apercevait des vaisseaux variqueux sur la tache profonde, de figure irrégulière et inégale à sa surface. La santé générale paraissait bonne; l'enfant ne témoignait pas de douleur, même lorsqu'on lui comprimait légèrement l'œil qui d'ailleurs conservait encore la consistance et le volume naturels.

L'oculiste savait par expérience que cette tache était le germe d'un fongus de la rétine produit par l'inflammation de cette membrane, et il proposa aux parens d'opérer leur petit garçon. A une telle proposition si disproportionnée en apparence avec le mal, ceux-ci se récrièrent et remmenaient leur enfant, lorsque le docteur leur présenta les deux dessins ophthalmiques de la petite Conto Perrai où ils voyaient comme dans un double miroir ce qu'était l'œil du petit malade et ce qu'il allait devenir. A ce triste spectacle les parens effrayés consentirent à l'opération. L'opérateur pour achever de les convaincre et confirmer son jugement, les adressa à son très illustre maître, le professeur Panizza, le même à qui il avait fait voir une tache semblable dans l'œil de la fille Perrai.

L'opération fut approuvée et faite le 10 du mois suivant en présence de quatre confrères. Le chirurgien eut soin après l'incision circulaire de la cornée opaque de laisser écouler le sang, pour prévenir le danger de l'inflammation. Le pansement fut très simple et se réduisit à introduire au fond de l'orbite de la charpie saupoudrée de colophone. On leva l'appareil le troisième jour, le gonflement des paupières était peu de chose et l'enfant n'avait presque pas de fièvre. On excita et on entretint la suppuration pendant trois mois au moyen de charpie imbibée d'huile de lin et d'un onguent digestif. A cette époque, la guérison était achevée, et elle se soutenait depuis trois mois lors de la publication.

Fongus médullaire de la rétine au second degré.

Antonio Galli de Como, âgé d'un an, éprouva après avoir beaucoup souffert de la dentition, une ophthalmie scrofuleuse qui le tourmenta plus ou moins l'espace de trois mois et finit par lui faire perdre l'œil droit. Notre auteur, incertain du pronostic, forma une consultation avec deux de ses confrères. La maladie datait de cinq mois. La pupille était immobile et extrêmement dilatée. Au fond de l'organe, on voyait un tubercule jaune-paille dont le centre offrait quelques vaisseaux variqueux. Le bulbe de l'œil avait dégénéré en une substance cancéreuse, molle, spongieuse, aussi grosse que la moitié d'un œuf de poule. Les deux consultans décidèrent l'extirpation. Le médecin clinique appela leur attention sur une tumeur qui depuis

deux mois s'était élevée au sommet de la tête, à la réunion de la suture coronale avec la sagittale. Cette tumeur, de la grosseur et de la figure d'une olive, immobile, large à sa base, était divisée par une scissure dans son petit diamètre et douloureuse par la compression. Les deux consultans affirmèrent que cette tumeur était enkistée et en dehors du crâne. Le professeur Panizza n'était pas là pour éclairer son disciple et l'empêcher de céder à l'influence des deux confrères. Notre oculiste les nomme l'un et l'autre comme pour s'excuser sur leur réputation.

L'extirpation de l'œil eut un résultat funeste. Le fongus passé à l'état cancéreux repullula, en même temps que la tumeur ovalaire liée à la maladie du globe prit de l'accroissement de jour en jour jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouva une ouverture au crâne faite par la carie. Le corps de la tumeur plongeait en dedans encore plus qu'elle ne se montrait au dehors. Elle s'était même creusé dans l'hémisphère droit du cerveau une cavité comparable à celle d'un verre de montre. Son tissu était plus consistant que le blanc d'œuf durci et d'un gris foncé.

L'extirpation de l'œil n'eût pas eu de succès, quand même le fongus médullaire de la rétine parvenu au second degré, n'aurait pas été compliqué de la tumeur scrofuleuse, parce que le fongus devenu tuberculeux s'étend à la fois en arrière et en avant, et jette dans la cavité du crâne, lorsqu'il déborde l'orbite, des racines inaccessibles à l'instrument. Une pièce anatomique déposée au cabinet de Pavie par le professeur Panizza, en fait foi.

L'oculiste de Como pense que le fongus médullaire de la rétine n'est pas aussi rare qu'on se l'imagine, surtout chez les enfans. En conséquence, il engage les observateurs de sa profession à chercher de ce côté-là, quand ils visitent les enfans affectés de cécité dans les maisons de charité, les écoles et autres établissemens publics.

Le diagnostic que nous en avons donné se corrobore par la voie d'exclusion.

Ainsi le glaucôme qui consiste dans l'opacité du corps vitré est une maladie stationnaire et sans inflammation.

Dans la goutte sereine, la pupille est immobile, mais l'œil malade est aussi brillant que l'œil sain. Si vous craignez de prendre la tache du fongus pour une cataracte, passez l'aiguille de Scarpa à travers la cornée opaque, et vous verrez l'instrument derrière le cristallin. Le cancer primitif de l'œil, susceptible de guérir par l'extirpation, commence toujours par attaquer l'organe en dehors, à l'inverse du fongus médullaire de la rétine dégénéré en cancer.

Le docteur Donegara a été arrêté par la mort, au moment de ses plus belles espérances. En quittant la vie, notre jeune confrère remit ce qu'il avait eu le temps d'écrire pour l'humanité au docteur Francesco Mochetti qui en a fait la lecture au Lycée impérial et royal. C'est la plus belle couronne que le survivant pouvait déposer sur la tombe de son ami.

V. O. Gouraud, *père*, D. M. P.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS.

Séance du 3 août.

— *Action du tanin.* M. le docteur Toulmouche adresse, pour le concours Montyon, un mémoire relatif à l'action qu'ont les plantes qui contiennent du tanin pour neutraliser la propriété vomitive du tartrite antimonié de potasse, et à des conséquences thérapeutiques nouvelles, contraires à beaucoup de celles qui sont admises sur ce sujet.

— L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour la section de physique.

La liste des candidats porte dans l'ordre suivant les noms de MM. Melloni à Parme; Marianini à Venise; Amici à Florence; Erman à Berlin; Rudbeck à Stockolm; Bellani à Mons. Au premier tour de scrutin, M Melloni réunit 33 suffrages et est déclaré élu.

— *Propriétés électriques acquises par certaines substances minérales dans leur contact avec l'eau.* M. Becquerel lit un mémoire sur quelques unes de ces propriétés. L'auteur a prouvé, il y a quelques années, que le contact de l'or ou du platine avec le peroxide de manganèse, l'anthracite, la plombagine, etc., est accompagné d'effets électriques de tension, bien que ces dernières substances ne paraissent éprouver aucune altération de la part de l'eau distillée. Dans son nouveau mémoire, il recherche la nature des courans produits quand les mêmes substances constituent un circuit fermé avec l'eau et le platine.

— *Magnétisme animal.* M. Dupotet lit l'introduction d'un mémoire sur le magnétisme animal.

Séance du 10 août.

Voyage à la recherche de la Lilloise. — M. Freycinet donne lecture d'une lettre dans laquelle M. Gaymard lui rend compte des démarches qui ont été faites jusqu'au moment où il écrit (4 juillet) pour obtenir quelques renseignemens sur le sort de *la Lilloise*. Il paraît maintenant bien démontré que le naufrage n'a point eu lieu près des côtes de l'Islande, et il y a lieu de penser que c'est en faisant route pour le Groenland que le bâtiment aura péri.

Une seconde lettre de M. Gaymard, adressée à l'administration du Muséum, et dont M. I. Geoffroy donne à l'Académie une courte analyse, est plus spécialement consacrée aux observations d'histoire naturelle. Sans entrer, à ce sujet, dans aucun détail, nous dirons que le zélé naturaliste n'a pas cru devoir s'occuper seulement des espèces nouvelles ou peu connues; il a porté son attention sur un point trop souvent négligé par les voyageurs, sur les animaux domestiques du pays où il se trouve. Le chien et la brebis, en Islande, offrent sous le rapport de l'organisation et des mœurs, matière à plusieurs observations intéressantes, et, à son re-

tour, il se propose de ramener en France plusieurs individus de l'une et de l'autre espèce.

Structure du cordon ombilical. — M. Flourens continue l'exposition de ses recherches sur ce sujet. Dans le premier mémoire, l'auteur avait fait connaître la composition et les rapports du cordon chez les *pachydermes*, les *ruminans* et les *rongeurs*; les *carnassiers*, comme il l'a reconnu lui-même depuis, offrent quelque chose de semblable pour tous les points essentiels; c'est-à-dire que dans cette classe comme dans les trois précédentes, le chorion reste tout à fait extérieur, et par suite entièrement étranger au cordon ombilical; que ce cordon se compose de même, outre ses élémens vasculaires, de cinq élémens membraneux qui se continuent chacun avec un tissu distinct du fœtus, savoir : 1° le feuillet extérieur et l'amnios se continuant avec l'épiderme; 2° le feuillet intérieur avec le derme; 3° le premier feuillet celluleux sous-amniotique avec le tissu cellulaire sous-cutané abdominal; 4° le second feuillet sous-amniotique avec l'aponévrose des muscles abdominaux; 5° enfin, le troisième feuillet avec le péritoine.

Une préparation que l'auteur met sous les yeux de l'Académie montre cette composition et ces rapports chez un fœtus de chien.

La structure du cordon ombilical dans le fœtus humain a cela de particulier que le chorion, qui chez les animaux des classes précédentes était resté étranger au cordon, s'y unit au contraire dans ce cas et l'accompagne en lui fournissant une double gaîne; mais par une sorte de compensation, au lieu de trois lames celluleuses sous-amniotiques, on n'en trouve qu'une seule, et comme les deux lames, prolongement de celle de l'amnios, s'y rencontrent également, le cordon se trouve encore enveloppé de cinq membranes, les deux couches provenant du chorion remplaçant les deux enveloppes sous-amniotiques manquantes.

Quatre préparations présentées par l'auteur du mémoire ont pour objet de montrer ce nouveau mode de composition du chorion.

En comparant ainsi la structure du cordon dans les différentes classes de mammifères, l'auteur s'est proposé et il annonce avoir obtenu un résultat plus important, celui de prouver que l'œuf et le fœtus tiennent essentiellement l'un à l'autre, mais pour ces deux êtres, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ou si l'on veut, pour ces deux parties du même être la *durée vitale* n'est point la même, de sorte qu'à une époque précise et déterminée ils doivent nécessairement se séparer l'un de l'autre. C'est ce que M. Flourens annonce devoir démontrer dans une prochaine lecture.

Température terrestre. — M. Poisson lit une note sur les inégalités diurnes et annuelles de la terre, correspondantes à celles de la chaleur solaire.

Température du corps humain. — M. Becquerel fait connaître les résultats des recherches qu'il poursuit de concert avec M. Breschet sur la température des diverses parties du corps; les premières expériences avaient eu pour but de faire connaître ce qui a lieu dans l'état sain; les nouvelles sont relatives aux différences produites par la maladie.

Les conclusions de ces deux savans sont:

1° Que l'état fébrile donne un accroissement de température qui peut aller jusqu'à 3° centigrades;

2° Que les tumeurs scrofuleuses fortement enflammées n'ont pas donné un accroissement plus considérable de température (les parties purulentes, on doit le faire remarquer, ne participent pas à cet accroissement);

3° Que le cancer n'a offert rien de particulier, si ce n'est un léger abaissement dans toutes les parties explorées;

4° Que la paralysie n'a présenté non plus aucune différence bien sensible entre la température du membre paralysé et celle du membre sain.

Scance du 17 août.

Existence d'un principe hydrogéné dans l'air atmosphérique. — M. Boussingault écrit de Lyon qu'un de ses correspondans en Italie vient de lui annoncer que le principe hydrogéné dont il était parvenu à démontrer l'existence dans l'air par des procédés d'analyse de son invention, a été également reconnu dans l'air de Rome comme il l'avait été dans celui de Paris.

Principe nouveau découvert dans l'amande amère. — M. A. Laurence annonce qu'ayant examiné une matière résineuse obtenue par M. Laugier fils dans la rectification de l'essence d'amandes amères, il a trouvé de la benzoïne et une nouvelle substance neutre qu'il nomme benzimide. Cette substance cristallise; elle est insoluble dans l'eau et peu soluble dans l'alcool et l'éther. Avec l'acide sulfurique elle donne de l'acide benzoïque et du sulfate d'ammoniaque; avec la potasse du benzoate de la même base, il y a dégagement d'ammoniaque; avec l'acide nitrique et l'alcool, elle forme de l'éther benzoïque et du nitrate d'ammoniaque.

Eaux thermales de Néris. — M. Robiquet lit des observations sur ces eaux, dans le voisinage desquelles il a séjourné et dont il a eu occasion de faire usage pour combattre une gastrite chronique, plus une colite des plus opiniâtres.

Si l'analyse chimique, dit l'honorable académicien, nous a fait connaître la plupart des corps qui entrent dans la composition des eaux minérales, et si cette étude nous a conduit à nous rendre un compte plus exact de leurs propriétés et à mieux en diriger l'emploi, il faut convenir cependant que malgré la précision de nos instrumens et de nos méthodes, ce genre d'étude laisse encore beaucoup à désirer. En effet, de deux chose l'une : ou les propriétés presque miraculeuses qu'on attribue à certaines eaux ne sont que fabuleuses, ou bien elle dépendent de quelques corps fugaces que nous ne parvenons pas à saisir, ou dont nous apprécions mal les vrais caractères; car, à moins d'homœopathisme, on ne saurait déduire leur efficacité de quelques atomes de substances salines plus ou moins inertes que l'analyse y démontre. Un pareil résultat doit nécessairement nous conduire, soit à révoquer en doute la vertu médicale des eaux minéralisées, soit à regarder nos analyses comme insuffisantes; et j'avoue que je serais assez disposé à adopter cette opinion, qui était celle d'un juge bien compétent en pareille matière.

« Il faut convenir, disait Vauquelin, que les effets très remarquables que produisent dans l'économie animale certaines eaux minérales dans lesquelles l'analyse ne trouve presque rien, prouvent qu'il y a encore beaucoup de corps qui se soustraient à nos moyens d'investigation. » Mais il se hâte d'ajouter : « Ces difficultés ne doivent pas cependant nous décourager; elles doivent au contraire exciter notre zèle et engager le gouvernement à porter son attention sur une partie aussi intéressante pour l'humanité, et non moins intéressante pour la géologie, car les eaux sont des espèces de sondes qui nous rapportent, de l'intérieur de la terre, des échantillons des matières qui la composent. »

Pour justifier l'opinion de Vauquelin, poursuit M. Robiquet, il me suffira, je pense, de citer cette matière glaireuse qui a été découverte assez récemment dans certaines eaux minérales, et qu'on a prétendu remplacer par la gélatine animale, substitution bizarre, et qui faisait dire à Vauquelin que, lorsqu'on entendait représenter, pour les imitations qu'on avait essayées de ces eaux, l'art comme l'émule de la nature, on ne pouvait s'empêcher de sourire de pitié. Il est cependant vrai, ajoute l'auteur, que pour d'autres eaux, l'imitation ne laisse rien à désirer, et que, sous certains rapports, elle offre des avantages supérieurs à l'eau naturelle, en permettant au médecin d'augmenter, suivant les besoins du malade, la proportion du principe actif. Telles sont celles dont les propriétés dépendent bien évidemment de la présence de certains gaz; telles sont encore celles dont la vraie composition n'a été bien appréciée que depuis la découverte de l'iode. De pareils résultats en font présager de nouveaux, et donnent la mesure de tout ce qu'on peut espérer de l'étude plus approfondie de quelques eaux minérales qui ne sont point assez bien connues.

Les eaux de Néris ont été analysées d'abord par Vauquelin, puis par M. Berthier, et plus récemment encore par M. Longchamp. Ce dernier n'a point encore publié son travail, mais nous savons déjà qu'il a reconnu dans le gaz qui se dégage spontanément de la source, de l'azote presque pur. M. Robiquet y a constaté la présence d'une proportion très minime d'acide carbonique. Il n'y a pas trouvé de traces sensibles d'hydrogène.

Nous ne pouvons ponrsuivre l'analyse détaillée du mémoire de M. Robiquet, et nous nous contenterons d'indiquer les autres conclusions auxquelles l'a conduit l'étude des eaux de Néris. Ces conclusions sont :

1° Que l'azote pur qui se dégage de cette source thermale n'a point été dissous préalablement, et qu'il est simplement charrié par l'eau.

2° Que les sources de Néris n'étant point sulfureuses, on ne saurait attribuer l'azote qu'elles dégagent à de l'air atmosphérique dépouillé de son oxigène par des sulfures; d'où l'on peut inférer que l'azote qui se dégage des eaux sulfureuses, n'est point principalement produit par cette cause.

3° Que l'azote qui se dégage spontanément des eaux de Néris a appartenu à de l'air atmosphérique dont l'oxigène se retrouve en entier dissous dans l'eau où il est accompagné d'environ partie égale d'azote. C'est ce dernier gaz, d'après les observations de Demarty, qui retient l'oxigène en dissolution. Lorsque l'eau est sulfureuse, cette portion d'oxigène doit nécessairement servir à tranformer les sulfures en sulfates.

4° Que la surabondance d'oxigène contenu dans les eaux de Néris pourrait bien être une des causes principales de leur action sur l'économie animale.

5° Que la matière glaireuse produite par les eaux thermales, et à laquelle M. Longchamp a donné le nom de *barégine*, n'est point contenue en dissolution dans le même état où elle se manifeste à nos sens, mais qu'elle résulte d'une réaction pendant laquelle l'oxigène et l'azote contenus dans l'eau thermale sont mis en liberté, et dont la plus grande partie est comme emprisonnée dans les cellules de cette barégine.

Séance du 24 août.

Traitement de la colique de plomb. — M. Foucat pharmacien à Haubourdin, près Lille, écrit à l'Académie qu'ayant appris que M. Gendrin avait présenté pour le concours aux prix Montyon un mémoire sur l'emploi de l'acide sulfurique dans le traitement de la *colique des peintres*, il croit pouvoir revendiquer la priorité d'invention, ayant obtenu par ce procédé des guérisons dès le mois de juillet 1831, et ayant depuis ce moment guéri, par le même moyen, tous les malades qui se sont adressés à lui et qui sont déjà au nombre de plus de vingt. La limonade qu'il emploie habituellement est composée, pour une pinte d'eau, d'une demi-once d'alcool sulfurique, de deux onces de magnésie et de quatre onces de sirop de gomme. Il donne, de plus, matin et soir, une potion composée de demi-once d'huile de ricin, demi-once de sirop de limon et d'un quart de grain d'opium.

La lettre de M. Foucat est renvoyée à la même commission que le travail de M. Gendrin.

Comète de Halley. — M. Arago, après avoir rappelé la communication faite dans la précédente séance par M. Bouvard, d'où il résulte que cette comète a été vue à Bone avec des instrumens très puissans, le 5 et le 6 de ce mois, ajoute qu'aussitôt que le crépuscule et l'absence de la lune avaient permis d'espérer qu'on pût voir cette comète à Paris, les personnes désignées par le bureau des longitudes pour en observer la marche, s'étaient occupées de la chercher dans la partie du ciel où elle devait se trouver, et que M. Gamba, en ce moment à Paris, s'était, ainsi que M. Bouvard, adjoint à elles. La comète, en effet, a été aperçue le surlendemain du jour où il en fut parlé pour la première fois dans le sein de l'Académie, et elle l'a été encore hier et avant-hier.

Effets thérapeutiques de la compression et de la raréfaction de l'air. — M. Magendie fait en son nom et celui de MM. Double et Savart, un rapport favorable sur les effets d'un appareil inventé par M. le docteur Junod. Nous avons nous-même analysé avec détail le mémoire de M. Junod dans ce Journal (Voy. tom. II, p. 118 et 119).

Formation de l'allantoïde — M. Coste lit des

recherches sur l'origine de l'allantoïde ou vessie ovo-urinaire.

Fongus de la vessie. — M. Leroy (d'Etiolles) lit un mémoire sur le diagnostic et le traitement de cette maladie. Les principales conclusions auxquelles l'auteur est conduit dans son mémoire, sont les suivantes :

1° Les fongus de la vessie, lorsqu'ils existent avec des calculs, ne sont point un empêchement à la lithotritie ou à la taille ;

2° Il est prudent d'éviter de léser les fongus de la vessie lorsqu'ils ne causent pas de douleur et surtout pas de rétention d'urine ;

3° Dans le cas contraire, le chirurgien doit tenter de les réduire par la compression, avant de passer à l'emploi de moyens plus énergiques ou plus dangereux ;

4° Les moyens divers proposés pour enlever la totalité ou une partie des fongus de la vessie, paraissent à l'auteur devoir être placés, par ordre de moindres inconvéniens, ainsi qu'il suit, ligature, trituration, cautérisation, excision, et enfin arrachement.

ACADEMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 11 août.

— M. Husson fait, au nom de la commission de vaccine, un rapport relatif à une publication faite dans le *Moniteur* par M. Fiard, qui, s'autorisant d'une récompense reçue de l'Académie, semblerait vouloir rendre la compagnie solidaire d'hérésies funestes à la société. Selon M. Fiard, le vaccin aurait perdu de son efficacité, et il deviendrait nécessaire de le reprendre à sa source, c'est-à-dire au pis des vaches. Or, dit M. Husson, la vaccine est absolument la même, quant à ses phénomènes et à son action anti-variolique, qu'à l'époque de son origine. Cette assertion est développée avec le talent connu de l'honorable rapporteur, qui paraît vivement affecté de voir un médecin dont on n'a récompensé que le zèle et les sacrifices, vouloir charger l'Académie de si dangereuses doctrines. Il termine par un modèle de réclamation qui serait adressé à l'autorité avec invitation de la faire publier dans le *Moniteur*, qui, par le fait de son caractère officiel, devrait n'admettre les articles du genre de celui contre lequel il s'élève, qu'avec une extrême circonspection.

— M. Emery rappelle que, rapporteur de la commission de vaccine en 1829, il a également combattu les opinions erronées de M. Fiard. La vaccine n'a rien perdu de son efficacité ; car sur cent-cinquante varioleux qui depuis quatre ans ont passé parmi quinze cents malades dans les salles de M. Emery, aucun n'a communiqué la variole à aucun de ceux qui avaient été duement vaccinés ; d'ailleurs, comment se procurer du cowpox, puisqu'on n'en trouve plus, même en Angleterre.

— M. Moreau demande que le rapport de M. Husson soit annexé à la prochaine publication sur la vaccine, que fera l'Académie. (Adopté, ainsi que la proposition de M. Husson.)

— M. Breschet demande s'il doit faire son rapport sur un travail de M. Humbert, celui-ci ayant refusé de produire des malades soumis à son traitement des luxations congéniales du fémur, et de plus ayant fait imprimer son mémoire.

— M. le président fait observer que les réglemens, qui ne peuvent être mis en question, s'opposent à ce que le rapport soit fait ; l'Académie passe donc à l'ordre du jour.

— M. Bousquet fait un rapport sur une épidémie de variole.

— M. Sanson fait un rapport sur un travail de M. Souberbielle, relatif à la taille hypogastrique.

M. Bouillaud demande la parole pour justifier M. Fiard des inculpations comprises dans le rapport lu par M. Husson à la dernière séance. M. Fiard est innocent de l'article que le *Moniteur* a puisé dans les *Débats* à l'insu de ce médecin. Pour toute réponse, M. Husson lit la lettre adressée en réponse au *Moniteur* ; cette lettre, tout à fait inoffensive pour M. Fiard, est adoptée par l'Académie.

Guérison des plaies sans inflammation. — M. Breschet offre au nom de M. Macartney, de Dublin, membre correspondant, présent à la séance, un travail sur la *guérison des plaies sans inflammation*. M. Macartney regarde l'inflammation comme nuisible à la guérison des plaies. On doit, selon lui, prévenir cette inflammation, en écartant avec soin toutes les causes irritantes, en tenant la plaie dans une situation élevée, et en employant pour tout topique l'eau pure, froide ou en vapeur, au moyen d'un appareil particulier que décrit l'auteur. (Renvoyé au Comité de publication.)

Chute de la matrice. — M. Velpeau a la parole pour une communication : il s'agit de descentes de matrice traitées par l'excision des parois du vagin ; opération dont l'idée paraît appartenir à M. Romain Gérardin, et qui a été pratiquée avec succès en Angleterre par MM. Marshall Hall, Irving, Ireland, et en France par M. Bérard jeune et par lui-même. Il existe à la Charité une femme opérée depuis deux mois, au moyen de l'ablation d'un lambeau du vagin long de deux pouces et large d'un pouce et demi : elle est très bien guérie.

— M. Bérard jeune présente 1° une vieille femme guérie de prolapsus de la matrice par l'opération dont vient de parler M. Velpeau ; 2° une femme qui a subi l'ablation d'un cancer de la lèvre supérieure, et dont la lèvre a été refaite aux dépens des tégumens de la joue ; 3° une femme qui a été guérie de névralgie sous-orbitaire par l'excision du nerf sous-orbitaire dans l'étendue de trois à quatre lignes : non seulement il n'y a plus de douleurs, mais la joue et la lèvre de ce côté ont perdu toute sensibilité, et en même temps la bouche est droite et les contractions musculaires de ce côté de la face s'opèrent normalement. Ce cas prouve sans replique une fois de plus que le nerf de la cinquième paire est affecté à la sensibilité et point à la myotilité.

Séance du 18 août.

Cette séance est employée à la discussion d'une pétition de M. Maisonnabe, communi-

quée par le ministre à l'Académie, dans laquelle cet orthopédiste demande que le gouvernement lui donne des pensionnaires rachitiques, scrofuleux, etc. Un grand nombre de membres s'élèvent contre les conclusions de la commission qui étaient favorables à M. Maisonnabe. Après de longs débats, la discussion est close, et l'Académie décide qu'il sera simplement accusé réception, en remerciant le ministre de sa communication.

M. Lodibert fait un rapport sur une fécule alimentaire.

Séance du 25 août.

M. Gérardin (Romain) écrit à l'Académie pour lui rappeler qu'en 1822 il avait proposé de guérir les descentes de matrice au moyen de l'excision du vagin, procédé qui depuis a été appliqué avec succès par des chirurgiens anglais et français. Sa réclamation a pour but de revendiquer en faveur de la France la priorité de cette opération.

M. Laugier écrit qu'il a employé avec succès la cautérisation du vagin, au moyen du fer rouge, pour obvier aux descentes de matrice. Il plaide en faveur de l'innocuité et de l'efficacité de ce moyen, par lequel il vient de guérir tout récemment une femme qui est actuellement encore à l'hôpital Necker.

M. Bonafont, chirurgien militaire, annonce à l'Académie que le choléra vient de faire irruption à Alger.

M. Robert, de Marseille, annonce que le choléra de cette ville continue à décroître.

M. le président, considérant que le gouvernement se propose de s'occuper prochainement du projet de réorganisation de la médecine, prie l'Académie de se joindre à lui pour prier la commission dont M. Double est rapporteur, de hâter la terminaison de son travail.

M. Collineau fait un rapport sur un mémoire de M. Peronneaux, relatif à la cautérisation de l'angine aiguë au moyen du nitrate d'argent.

M. Villeneuve fait un rapport au nom de la commission nommée pour s'opposer aux manœuvres des charlatans qui s'autorisent mensongèrement dans les journaux de l'approbation de l'Académie.

Une longue discussion s'engage à ce sujet; la continuation est renvoyée à la prochaine séance.

NOUVELLES.

PRIX PROPOSÉ. — *Société de médecine de Louvain.*

« *Quel a été l'état des sciences médicales en* » *Belgique, depuis Vésale jusqu'à la suppres-* » *de l'université de Louvain en* 1796; *et quels* » *sont les médecins belges qui, pendant ce laps* » *de temps, ont contribué par leurs écrits aux* » *progrès de l'art de guérir ?* »

Un prix de 300 francs sera accordé au meilleur travail sur cette question.

Les mémoires écrits lisiblement, en français, devront être adressés, francs de port, et dans les formes, avant le 1er juin 1836, à M. de Nobele, secrétaire de la société, rue des Charretiers, n° 19.

—

CHOLÉRA.

Le choléra paraît s'éteindre dans le midi de la France, quoiqu'il y ait eu à Marseille quelques momens de légère recrudescence. L'état sanitaire de Lyon et de Grenoble reste satisfaisant.

Après avoir fait de grands ravages à Alger, il s'est également apaisé. Quelques tribus arabes de notre gouvernement d'Afrique sont cependant encore cruellement moisonnées.

En Italie, Turin, Livourne, Gênes comptent un grand nombre de victimes.

—

CONCOURS.

— Le concours pour la chaire de clinique chirurgicale, vacante par la mort de Dupuytren, s'ouvrira le 2 janvier 1836.

— Un concours pour la chaire de clinique interne, vacante par la mort de M. Lobstein, à la faculté de Strasbourg, sera ouvert le 9 janvier prochain. Les concurrens devront faire parvenir les pièces nécessaires avant le 15 novembre prochain.

—

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE.

On nous communique la note suivante. L'idée de l'Ecole préparatoire qu'on présente ici est certes sujette à discussion; mais il suffit qu'elle puisse être utile, pour que nous lui donnions de la publicité.

« On vient de former au *Lycée National* (fondé en 1829, rue de Monceau n° 9, faubourg du Roule, à Paris) une division spécialement consacrée aux jeunes gens qui se destinent à devenir médecins.

« Là, dès le commencement, les études recevront une direction particulièrement appropriée au but que se proposent les parens : c'est-à-dire qu'à l'étude des mots trop exclusive dans d'autres établissemens, se joindra celle des faits médicaux et de leur application. Ainsi les élèves apprendront le latin dans Celse, le grec dans Hippocrate, le français dans Andral, Orfila etc., l'anglais dans Astley Cooper, l'allemand dans Hufeland. Ils dessineront de l'anatomie humaine et comparée, ils seront exercés à l'application des bandages et aux opérations de petite chirurgie; ils apprendront la physique, la chimie, la botanique; en un mot, en sortant du lycée, ils seront familiers avec des objets qui seront complètement étrangers à leurs rivaux, et ils seront en état de se présenter avec avantage aux concours qui ouvrent la carrière de la médecine militaire de terre et de mer, et de celle des hôpitaux civils.

« La méthode naturelle suivie au Lycée national a pour effet d'économiser le temps des jeunes gens et d'alléger les sacrifices que s'imposent les familles. *On doterait une fille avec l'argent qu'on dépense* DE TROP *pour l'éducation d'un fils.*

«Nous pensons que les médecins sont plus que personne en état d'apprécier tous les avantages d'un semblable établissement, eux qui peuvent se rappeler les embarras qu'ils ont trouvés au commencement de leurs études, lorsqu'ils sont arrivés à Paris sans guide et sans direction pour des travaux dont ils n'avaient pas même l'idée.

« Il n'est pas douteux quils ne s'empressent d'envoyer au *Lycée National* ceux de leurs enfans qu'ils destinent à leur succéder, et qu'ils ne recommandent cette maison dont le système d'éducation a reçu l'approbation de tous les hommes éclairés qui l'ont visitée.

« Le prix de la pension est de 1,200 fr. pour *l'école préparatoire de médecine*, et de 800 fr. pour les études ordinaires.

« S'adresser à M. de Séprès, directeur du Lycée National. (Les lettres doivent être affranchies.) »

On distribue le prospectus détaillé au *Lycée National* et chez :

J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 13 *bis*.

Mausset, libraire, rue des Mathurins-Saint-Jacques, 17.

Matthias, libraire, quai Malaquais, 15.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Statuts de la reine Jeanne de Naples relatifs à l'établissement d'un lieu de débauche à Avignon, en l'an 1347.

La syphilis a-t-elle été importée en Europe par les équipages de Christophe-Colomb (1493)?

La syphilis existait-elle dans nos climats avant la découverte de l'Amérique?

Ces deux questions ont été long-temps agitées et divisent encore aujourd'hui les médecins ainsi que les historiens étrangers à l'art de guérir.

Les adversaires de l'importation, citent parmi les preuves à l'appui de leur opinion, les statuts de la reine Jeanne (1347), touchant la discipline d'un lieu de débauche à Avignon.

Ce document a acquis une assez grande importance. Publié d'abord par Astruc, il a été reproduit par tous les auteurs qui, postérieurement, se sont occupés du même sujet.

Le père Papon de l'Oratoire, et le savant Merlin, l'ont transcrit en entier, l'un dans son *Histoire de Provence*, l'autre dans un de ses ouvrages de jurisprudence. La sanction populaire, le *vox populi*, ne lui a même pas manqué, et l'on rencontre bien peu de commis voyageurs qui, en étalant leur gaillarde érudition sur cette matière, ne parlent des prudentes mesures adoptées par la reine Jeanne; soit qu'ils en aient eu connaissance par simple tradition, soit qu'ils aient puisé leurs notions à cet égard dans la Cacomonade de Linguet.

Astruc, qui le premier les fit connaître, semble lui-même les considérer comme apocryphes. Le notaire Tamarin, des registres duquel on les disait tirés (1392), était tout-à-fait inconnu aux hommes les plus instruits d'Avignon qu'il consulta à ce sujet; néanmoins sa bonne foi ne lui permit pas de les passer sous silence, et cela lui fait honneur; on pourrait simplement désirer qu'il eût mis à les réfuter plus de logique et de fermeté, notamment lorsqu'il s'agit (article 4) des courtisannes affectées *du mal provenant de paillardise* (*mal venguo de paillardiso*).

Mais hâtons-nous de le dire, ces statuts étaient faux, et M. Astruc, médecin consultant du roi, premier médecin du feu roi de Pologne, Auguste II, médecin ordinaire de son altesse sérénissime monseigneur le duc d'Orléans, et professeur de médecine au collége royal de France, fut la dupe d'une mystification.

Voici ce qui se trouve écrit à la main sur un exemplaire de la *Cacomonade* existant dans la bibliothèque de M. César Teste à Avignon : « M. Astruc, médecin, écrivit à un monsieur « d'Avignon pour le prier de lui envoyer (s'il « pouvait se les procurer) les statuts faits par la « reine Jeanne pour l'établissement d'un B..... « à Avignon. Ce monsieur étant chez M. De « Garcin où plusieurs de ses amis se rendaient « pour passer la soirée, leur lut la lettre qu'il « avait reçue, ce qui fit beaucoup rire ces mes- « sieurs. M. De Garcin dit : il n'y a qu'à lui en « faire; on s'amusa à les composer; M. De « Garcin les arrangea en vieux idiome proven- « çal, et on les envoya à M. Astruc, qui les fit « imprimer dans un ouvrage auquel il travail- « lait, et les donna comme une pièce authen- « tique. »

J'ai transcrit mot pour mot cette note, elle est en entier de l'écriture de M. Joseph Gabriel Teste de Venalque. Il tenait l'anecdote de son père, ami de M. De Garcin, et qui lui-même avait assisté à la composition de ces prétendus statuts. M. Gabriel Teste a souvent entretenu de ce fait, son neveu, M. César Teste, qui vit encore.

Un vieillard respectable, mort il y a peu d'années, M. Commin, a raconté plusieurs fois la même anecdote à notre compatriote le savant botaniste, M. Requien. M. Commin avait lui-même aidé à la confection des statuts, et c'était avec une espèce de contentement mêlé de quelque orgueil, que le Nestor des bourgeois d'Avignon se rappelait avoir contribué à mystifier le célèbre docteur Astruc, médecin consultant du roi, etc.

L'original de ces fameux statuts, je ne dirai plus de la reine Jeanne, mais de M. Commin et de ses amis, et dont sans doute ils n'envoyèrent à Astruc qu'une copie, existe encore aujourd'hui. M. de Cambis Velleron lui a donné place dans un magnifique cartulaire, dont toutes les autres pièces sont fort anciennes et fort curieuses, et d'une authenticité qu'on ne saurait révoquer en doute.

M. de Cambis, dans le catalogue de ses manuscrits imprimé à Avignon, chez L. Chambeau (1770), décrit avec complaisance, à la page 465, le parchemin sur lequel sont tracés les statuts. Le cartulaire où cette pièce est insérée fait aujourd'hui partie de la bibliothèque de M. Requien; là, je l'ai examinée avec soin, et j'ose assurer que tout se réunit pour en démontrer la fausseté non moins que la moderne fabrication. Je ne puis m'expliquer comment un homme érudit, tel que l'était M. de Cambis, s'est laissé prendre au piége.

On a représenté, il est vrai, et enluminé en

tête des statuts un troubadour la tête couverte de plumes de paon, l'habit troussé à l'antique, les souliers avec un long bec recourbé. On a placé près de lui les armoiries d'Anjou-Naples, savoir : d'azur semé de fleurs de lys d'or sans nombre, au lambel de gueules de trois pièces ou pendans. Ce sont les armes de Jeanne première de nom, reine de Naples, de Jérusalem et de Sicile, duchesse de la Pouille, princesse de Capoue, comtesse de Provence, de Forcalquier, de Piémont, et souveraine de la ville d'Avignon.

Mais cette miniature n'est que l'exacte reproduction de celle qui se trouve dans l'ouvrage publié, en 1624, par M. de Chasteuil Gallaup, sur les arcs de triomphe érigés à Aix, en l'honneur de l'arrivée de Louis XIII dans cette ville, l'an 1622. L'écriture qu'on a cherché à rendre semblable à celle du quatorzième siècle, est très gauchement contrefaite, et le langage employé n'est pas celui du temps où vivait la reine Jeanne. A ceux qui connaissent le patois provençal, il suffira, pour s'en convaincre, de comparer celui des statuts avec les manuscrits de cette époque qui sont venus jusqu'à nous, et avec les différentes pièces écrites en provençal insérées dans la statistique des bouches du Rhône de M. de Villeneuve. Pour ceux qui ne le connaissent pas, une plus longue discussion à ce sujet serait sans intérêt; enfin, le parchemin dont on s'est servi, porte à son revers une bulle d'un archevêque, Grégoire, écrite en style du seizième siècle.

Mais, dira-t-on, si Astruc a demandé une copie des statuts de la reine Jeanne, le bruit était donc répandu que cette reine avait publié des statuts ? Sans doute, la reine a pu faire dans ses états divers réglemens de police et d'administration : en quels termes sont-ils conçus et de quels objets traitent-ils ? nous l'ignorons. Une seule chose est certaine, c'est que de temps immémorial il a existé des lieux de débauche à Avignon ; or, il ne me répugne nullement de croire qu'une princesse, dont les mœurs étaient faciles, se soit occupée de la discipline de ces lieux, lesquels, du reste, et même à des époques antérieures, pullulaient tellement, que d'après le témoignage du Sire de Joinville, la tente de saint Louis, au camp de Damiette, était entourée de lieux de prostitution.

Si nous voyons, au moyen âge, de pareils établissemens répandus dans toute l'Europe, l'histoire locale d'Avignon nous fournit la preuve que cette ville en fut des plus richement dotée. Au rapport de Pétrarque, on y comptait de son temps (1336) onze matrones trafiquant des plaisirs de l'amour, tandis qu'il n'y en avait à Rome que deux à l'époque même où elle était le plus peuplée. (*Vie de Pétrarque*, par l'abbé de Sade, tom. 1, pag. 69.)

Les archives de la ville de Cavaillon (13 mars 1477) relatent une ordonnance d'Ange Geraldini, recteur du comtat Venaissin, qui prescrit aux syndics de Cavaillon de faire construire sous le plus bref délai et à peine de *vingt florins d'amende*, une maison pour les filles publiques et prostituées.

On trouve dans l'inventaire des conseils municipaux de l'hôtel-de-ville d'Avignon, dressé en 1755-56, tom. 1, pag. 1, conseil du 4 octobre 1372, qu'en ladite année, des criées furent faites par ordre de M. Le Viguier, relativement aux filles publiques.

Ces mêmes conseils, en 1448, s'occupent des étuves ou bains publics de la *servelerie*, servant à des usages déshonnêtes et honnêtes. Ils ordonnent que les personnes débauchées prendront leur entrée et leur sortie par une porte de derrière située sur le bord de la Sorgue.

Ils parlent, en 1466, d'étuves ou bains publics établis dans la maison de M. de Fontanilhys, près du couvent des Frères-Mineurs, et, en 1489, d'un couvent de filles repenties, dit de sainte Madeleine, fondé à Avignon.

Enfin, un synode, tenu dans cette ville, en 1441, défend aux ecclésiastiques et aux hommes mariés, de fréquenter les étuves du *Pont-Troucat* (*Pont-Troué*) qui sont de vrais lieux de prostitution.

On voit par ce dernier article, pourquoi M. de Garcin et ses amis ont placé dans la rue *Pont-Troucat*, le prétendu B..... institué par la reine Jeanne ; les étuves mentionnées dans les procès-verbaux des conseils de la ville, se trouvaient à peu près dans le même quartier. Enfin, des traditions se sont conservées, qui désignent le *Pont-Troucat* et les rues adjacentes comme le repaire des filles de joie.

Il existait encore, en 1790, dans la rue dite des Allemands, contiguë au *Pont-Troucat*, et dans l'espace compris entre les couvens des Grands et des Petits-Augustins, de petites portes surmontées d'ornemens et de devises ; c'était là, dit-on, qu'étaient des maisons de débauche, ce qui rappelle l'éthymologie de B...., qui veut dire petite maison.

De l'examen de la pièce originale des statuts de la reine Jeanne, et de ces recherches d'érudition locale, que je dois à l'obligeance de mon honorable compatriote, M. de Blégier, bibliothécaire adjoint du musée d'Avignon, que conclure ? Deux choses, ce me semble, 1° que malheureusement il y a eu en tout temps, à Avignon, un grand nombre de maisons de débauche ; 2° que, malheureusement pour les adversaires de l'importation de la syphilis, s'il est démontré qu'elles ont existé et qu'une reine Jeanne de Naples a été souveraine d'Avignon, il ne l'est aucunement que cette reine ait régenté ces B... par les statuts dont parlent Astruc, et, d'après lui, Papon, Linguet, Merlin, MM. Jourdan, Richond des Brus et récemment M. Caffe, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*.

Quelle que soit enfin notre opinion particulière sur l'époque où la syphilis s'est déclarée en Europe, comme, dans cette notice, nous avons eu principalement pour objet de mettre au jour un fait peu connu jusqu'à présent (la mystification dont Astruc fut la dupe), nous aurons rempli notre tâche, si, dans les discussions qui pourront désormais avoir lieu sur l'importation ou la non importation de la vérole, les statuts de la reine Jeanne se trouvent mis hors de cause.

Prosper YVAREN, D.-M. P., *à Avignon.*

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° V. — NOVEMBRE 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. PROPOSITIONS SUR LE CROUP ET LA TRACHÉOTOMIE.

I. Le croup est une inflammation qui débute le plus communément dans l'arrière-bouche, et peut envahir successivement le larynx, la trachée-artère, les bronches, quelquefois les narines, la peau, rarement l'œsophage et les organes digestifs; son caractère spécial est la formation d'un enduit, de consistance, de couleur, d'étendue et d'épaisseur variables.

Il existe un grand nombre d'observations d'angine membraneuse, dans lesquelles les auteurs ne rendent pas compte de l'état de l'arrière-bouche. Tant que l'inflammation et le travail d'exsudation sont bornés aux amygdales, au pharynx, au voile du palais, plusieurs malades n'accusent aucune douleur et ne changent rien à leurs habitudes.

Souvent ils se plaignent dès l'origine de l'inflammation, et la douleur disparaît lorsque l'enduit commence à être déposé; c'est ainsi que la suppuration apaise les souffrances produites par les tumeurs phlegmoneuses. Cette indolence est prise pour une guérison complète, et l'attention n'est réveillée qu'à l'époque plus ou moins éloignée, où le larynx est à son tour enflammé et tapissé.

L'absence de courbure de l'os maxillaire chez les enfans très jeunes, rend l'exploration du pharynx extrêmement difficile, l'enduit des tonsilles peut d'ailleurs être complétement détaché, lorsque le canal aérien est envahi; celui-ci peut l'être depuis un certain temps sans accidens, lorsque, par exemple, le tube pseudo-membraneux est incomplet, qu'il est adhérent, comme nous en rapporterons une observation. Ces différentes circonstances expliquent la divergence des auteurs sur ce point de doctrine pathologique.

Dans toutes les épidémies des environs de Tours, dans celle de la Flèche pendant laquelle quatre-vingt-trois élèves furent atteints, l'enduit plastique a été reconnu sur les amygdales et le pharynx.

Tous les malades que j'ai traités avaient de même ces parties tapissées de concrétions lichénoïdes. Deux n'en offraient aucune trace après la mort; à en juger par la nécropsie, l'un aurait succombé au croup laryngé; l'autre au croup laryngo-bronchique; mais, chez les deux, l'enduit plastique avait été vu sur les amygdales et le voile du palais, dont il débordait la surface postérieure; toutes ces parties étaient devenues complétement nettes avant la mort.

II. L'angine gangréneuse est au croup simple ce qu'est le typhus à la dothinentérie bénigne, ce qu'est une variole confluente à une discrète, une scarlatine légère à une mortelle.

Dans la variole, il existe autre chose qu'une éruption cutanée; dans le typhus ou dothinentérie grave, autre chose qu'une éruption ou inflammation intestinale; de même, dans l'angine membraneuse, il existe autre chose qu'un mal de gorge avec enduit putride ou non.

Chacune de ces maladies a une cause occulte qui n'agit pas uniquement sur la peau dans la première; l'intestin dans la deuxième; la gorge ou le larynx dans la troisième. Les praticiens qui constatent les faits, alors même qu'ils ne les expliquent pas, sont d'accord sur les altérations générales qui accompagnent, précèdent ou suivent les lésions physiques et locales de ces diverses affections.

L'on ne peut nier que dans l'angine membraneuse, le sang ne transsude avec une grande facilité à la surface des muqueuses.

« Sanguis è naribus non rarò erumpit. » (*Burserius angina gangrœnosa maligna*, tom. III.)

M. Double range les épistaxis au nombre des signes précurseurs du croup; MM. Bretonneau et Trousseau ont observé que, dans le croup, les plaies des vésicatoires se couvrent fréquemment de fausses membranes. Starr avait déjà noté dans une épidémie d'angine-croupale du comté de Cornouailles, que des pellicules se formaient souvent derrière les oreilles et sur les plaies des vésicatoires.

C'est surtout quand on fait la médecine des épidémies que l'on est frappé de l'impossibilité de localiser ces diverses affections.

Si le croup simple, livré à lui-même, est presque aussi funeste que l'angine gangréneuse, cela tient au siége de l'enduit plastique; car, supposez le même enduit dans un autre point, à la peau, par exemple, l'exsudation pelliculaire non putride sera rarement grave; la gangréneuse sera souvent mortelle. On en trouve des preuves dans un mémoire du docteur Trousseau, sur la diphthérite cutanée (*Archives de médecine*). Lorsqu'on parvient à fixer l'inflammation pseudo-membraneuse au pharynx et aux amygdales, tous les malades guérissent dans le croup simple; plusieurs succombent

dans le croup putride, mais ils ne meurent pas asphyxiés.

Ce n'est plus l'affection locale qui les tue, mais bien un désordre général, et particulièrement un trouble de l'action nerveuse et cérébrale.

J'en ai vu mourir à la suite d'épistaxis, accompagnées alternativement de carus et de délire.

III. L'exsudation pseudo-membraneuse dans le croup n'est point, quant à sa consistance, son épaisseur et son étendue, en raison directe de l'inflammation.

L'enduit croupal a une consistance très variable, non seulement chez les différens malades, mais chez le même sujet.

« A l'ouverture d'un cadavre, j'ai trouvé « à l'intérieur du larynx, toute la trachée artère « et jusqu'aux ramifications des bronches, couvertes de mucosités, formées en membranes « dans certains points, et liquides dans d'autres, et cela avec une telle irrégularité et « une si grande variation, qu'il est impossible « de dire : là, était la mucosité simple ; là, se « trouvait la concrétion membraniforme : en « effet, à côté d'une portion de concrétion, de « la grandeur d'un pouce carré, on apercevait « une place à peu près semblable, remplie par « de simples mucosités. » (Double, *Traité du croup*, pag. 36.)

Des points rosés et même pâles de la muqueuse trachéale et bronchique peuvent être recouverts indifféremment d'enduit membraneux, puriforme, ou de simples mucosités.

Il est rare que ces trois degrés ne s'observent pas dans un même croup qui a duré plusieurs jours.

Les distinctions de la laryngo-trachéite en mixagène, pyogène et méningogène, peuvent être justes, quoique superflues.

L'auteur a le tort de vouloir trop expliquer, et d'attribuer les variétés de consistance de l'exsudation croupale à des degrés différens de l'inflammation.

Les laryngites très intenses, sans concrétions morbides, ne sont pas rares, et les symptômes inflammatoires de l'angine striduleuse sont bien plus prononcés que ceux du croup.

Nous avons observé chez des enfans et même des vieillards cette laryngo-trachéite non membraneuse.

La pression du larynx est infiniment plus douloureuse que dans le croup. Les accidens de suffocation sont en général plus soudains, plus imprévus, le visage plus coloré ; la toux peut être croupale, c'est-à-dire rauque, et même couverte, ainsi que la voix, mais les malades éprouvent de la douleur à parler plutôt que de la difficulté ; c'est le contraire dans le croup, il y a difficulté plutôt que douleur.

La luette est quelquefois d'une rougeur très vive dans la première de ces affections, mais elle n'offre aucune trace d'enduit. De plus, les ganglions sous-maxillaires, d'après la remarque de M. Bretonneau, ne sont pas tuméfiés ; ils le sont constamment dans le croup : dans l'une, le pouls est fort et fréquent ; très communément il n'est pas fébrile dans l'autre et n'acquiert de la fréquence qu'à l'époque où commence l'asphyxie. Le nom de laryngo-trachéite ne peut donc convenir à l'angine membraneuse, en ce qu'il ne distingue pas suffisamment deux maladies distinctes. Le médecin de Beaucaire a toutefois bien observé et bien décrit différentes formes du vrai croup.

Les caractères attribués par Jurine au croup du larynx ; savoir :

1° Invasion subite, souvent imprévue ;
2° Marche rapide ;
3° Prompt développement d'accidens spasmodiques ;
4° Sensation douloureuse du larynx, augmentée par la pression,

Appartiennent plus à la laryngite très aiguë qu'à l'angine pseudo-membraneuse.

Il importe de bien distinguer ces deux affections, dont le traitement doit être très différent.

IV. L'angine membraneuse est plus fréquente chez les enfans, quoiqu'aucun âge n'en soit exempt. C'est en général lorsque déjà plusieurs enfans ont été atteints dans une même localité, que l'affection passe aux personnes plus âgées, alors elle prend assez souvent l'apparence gangréneuse.

Nous sommes loin de révoquer en doute les attaques isolées d'angine membraneuse chez des sujets avancés en âge ; des exceptions ne détruisent pas cette proposition fondée sur l'observation de plusieurs épidémies. C'est presque toujours par les enfans que le mal débute dans une famille.

V. L'angine membraneuse peut se borner au voile du palais, aux amygdales, au pharynx. C'est alors l'angine couenneuse de quelques auteurs, qu'il est impossible de distinguer du croup, lorsqu'elle n'est concomitante d'aucune autre affection.

Dans une même famille, quatre enfans sont atteints du croup. Les deux premiers meurent sans traitement ; les deux autres se rétablissent à la suite de cautérisations répétées. Un journalier de la maison avait été le premier pris d'une angine, avec exsudation plastique sur les amygdales, la luette et le pharynx. Les concrétions ne s'étendirent pas au larynx ; elles se détachèrent sans traitement, sous forme de plaques blanches colorées par du sang.

Dans un village, plusieurs enfans furent successivement pris de l'angine membraneuse ; le dernier malade en fut quitte pour deux taches lichénoïdes, larges comme des pièces d'un franc, sur les amygdales.

Le docteur Renou, de la Flèche, a vu dans le cours de plusieurs épidémies, les concrétions se borner au pharynx chez plusieurs sujets.

Il m'a cité une jeune personne de vingt ans, qui perdit la luette en entier, par suite d'une angine pseudo-membraneuse, sans qu'il y ait eu cautérisation, et sans que la maladie se soit étendue plus loin que le pharynx.

L'enduit croupal n'envahit donc pas infailliblement le larynx.

Toutefois, lorsque plusieurs malades, d'une famille ou d'une même localité, ont eu l'extinction de voix, la dyspnée, la toux croupale, l'on doit se défier des taches lichénoïdes ou des points blancs qui paraissent au fond de la gorge. Il est prudent de cautériser immédiatement.

VI. Les angines couenneuses qui accompagnent la scarlatine, la fièvre typhoïde, la variole, la dyssenterie, diffèrent de l'angine membraneuse; elles s'étendent communément du pharynx à l'œsophage; mais, dans quelques cas exceptionnels, elles envahissent les voies aériennes; de même aussi et par exception, l'angine membraneuse peut s'étendre dans le conduit alimentaire et laisser le larynx libre. C'est en quelque sorte de part et d'autre une erreur de lieu.

Les angines couenneuses, scarlatineuses, ont sans doute quelques points de ressemblance locale avec l'angine membraneuse; mais il ne faut pas une très longue pratique pour savoir les distinguer.

Les premières sont accompagnées de symptômes inflammatoires plus graves, les muqueuses sont plus rouges, la déglutition plus difficile, les liquides reviennent souvent par les narines. Dans le croup, la déglutition est ordinairement facile; dans les deux, la respiration est ronflante pendant le sommeil; mais le timbre de la voix reste clair dans l'angine scarlatineuse, la parole seule est gênée, l'articulation des mots est indistincte; mais la sonoréité de la voix subsiste.

Dans le croup étendu au larynx, le son est couvert, et lorsque le malade veut parler l'on distingue de fortes contractions des muscles du cou, parce qu'il faut un effort pour expirer l'air à travers un tube rétréci : c'est alors qu'on reconnaît la voix croupale, le cri du jeune coq. Enfin, le pouls est fréquent, la peau chaude dans l'angine scarlatineuse même en l'absence de l'éruption, tandis que fréquemment c'est après un léger accès de fièvre complétement passé, que les concrétions croupales envahissent le larynx.

Plus tard le pouls reprend de la fréquence, mais en même temps le visage devient pâle, ce sont les signes d'une asphyxie commencée.

Telles sont les différences de ces deux espèces d'angine; MM. Bretonneau et Trousseau les ont indiquées avec soin.

Nous avons toutefois la conviction que l'enduit scarlatineux peut, par exception, envahir les voies aériennes. M. Gu rsent en cite deux exemples, ma pratique particulière m'en a fourni un qui m'a paru concluant.

Marie Boulanger, âgée de six ans et demi, est prise, le 18 janvier 1835, de maux de cœur et de vomissemens; elle est pâle toute la journée, le soir frisson fébrile, toute la nuit grande chaleur, trois jours après éruptions de boutons scarlatineux.

Le 5, la rougeur de la peau est vive et uniforme au thorax, à l'abdomen et aux membres; ganglions énormes aux parties latérales du cou, rougeur vive et tuméfaction douloureuse des amygdales, paroles mal articulées, déglutition difficile, céphalalgie très forte. (Deux sangsues aux apophyses mastoïdes.)

6, 7, 8, l'éruption pâlit, tuméfaction douloureuse des poignets.

Le 9, l'épiderme se détache en lambeaux, aux bras, aux mains, aux doigts et en écailles à la poitrine, au cou; paroxysmes fébriles diminués, ganglions toujours très tuméfiés.

Le 12, éruption aphtheuse aux gencives, à la langue et au pharynx; les narines sont tapissées de croûtes sèches et brunes.

Le 13, le pharynx, les amygdales, la luette, sont entièrement tapissés par des concrétions albumineuses; l'exploration de ces parties occasione un vomissement qui entraîne des parcelles d'une matière blanche concrète, larges de plusieurs lignes, ayant la consistance de blanc d'œuf cuit. Dans la journée, le timbre de la voix commence à s'altérer; toux rare, plus rauque après le vomissement.

Le 14, paroles articulées avec effort et entièrement voilées; c'est bien la voix croupale, comparable au cri d'un jeune coq. Inspiration bruyante, fréquente, s'opérant avec dilatation des narines; toux moins sèche que la veille, visage pâle, pouls à cent cinq. (Première cautérisation avec la solution de nitrate d'argent répétée deux fois et dirigée sur la glotte même, insufflations d'alun dans la journée pour remplacer les cautérisations qui ont été très douloureuses; émétique, un grain.)

Vomissemens et sputation de croûtes albumineuses tachées de sang.

Le 14, le timbre de la voix est sensiblement moins voilé, la respiration est encore un peu bruyante, mais moins fréquente et plus facile.

La déglutition est devenue pénible et douloureuse, en peu de jours les symptômes de l'angine laryngée pseudo-membraneuse disparaissent complétement.

Le 20, deux abcès sont formés sur les côtés du larynx, ils sont ouverts et guérissent en quelques jours.

La malade se rétablit, mais lentement, comme il arrive souvent à la suite d'une scarlatine grave.

Les angines couenneuses qui surviennent dans le cours des fièvres typhoïdes s'étendent aussi parfois aux conduits aérifères.

J'en ai deux exemples; M. Louis en cite plusieurs dans son ouvrage sur les fièvres typhoïdes, et son Mémoire sur le croup des adultes. (*Archives de Médecine*, janvier et mars 1824.)

De même l'inflammation diphthéritique peut par erreur de lieu envahir de préférence les voies digestives. Tel est l'exemple cité par Ghisi et observé sur son propre fils, chez lequel la res-

piration demeura libre, tandis que la déglutition fut long-temps difficile.

Quelquefois les fausses membranes tapissent tout l'intérieur de l'œsophage et s'étendent jusqu'à l'estomac.

D'autres fois la diphthérite se montre en même temps sur plusieurs surfaces muqueuses, et surtout à leurs points de communication avec la peau.

Les narines, les parties génitales, la vessie, le rectum, sont enflammés et couverts de pellicules.

« Une Sœur qui donnait des soins aux élèves « de la Flèche, fut prise avec les symptômes « les plus graves; le mal, après avoir fait de « grands ravages sur les tonsilles dans l'arrière-« gorge, s'est montré à la partie externe du « rectum, l'anus excessivement tuméfié et dou-« loureux, d'un rouge livide, s'est couvert de « pellicules diphthéritiques qui ne se sont dé-« tachées que par parties et fort lentement. « Cette malade mourut le dix-septième jour « sans suffocation, dans un état d'adynamie « extrême. » (Relation de l'épidémie de l'école de la Flèche, par le docteur Lespine, *Archives générales de Médecine*, août 1830.)

Cette observation démontre les rapports pathologiques qui existent entre les points extrêmes d'une membrane muqueuse.

Ne voit-on pas des angines couenneuses survenir dans le cours de dyssenteries graves; l'enduit couenneux pharyngien se détacher alors en plaques ou lambeaux tachés de sang.

La dyssenterie elle-même n'est-elle pas souvent une inflammation pelliculaire intestinale. Plusieurs fois nous avons été tenté d'essayer, dans les dyssenteries graves et pelliculaires, des lavemens avec une faible solution de nitrate d'argent; certainement nous aurions eu recours à ce moyen, si nous avions su que cette médication usitée à l'Hôtel-Dieu par le docteur Trousseau, réussît fréquemment à arrêter les diarrhées chroniques.

Nous n'avons pas encore vu l'angine couenneuse concomitante de la dyssenterie envahir les voies aériennes, mais nous en admettons la possibilité, comme dans l'angine scarlatineuse ou celle qui survient dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Communément l'enduit couenneux n'acquiert pas alors la consistance des membranes de certains croups, il n'occasione pas moins la mort par asphyxie.

Le praticien doit donc se tenir en garde et cautériser le pharynx et la glotte même, dès que l'extinction de voix l'avertit que le larynx est tapissé; ce traitement nous a constamment réussi.

VII. L'angine pseudo-membraneuse n'est point enrayée dans sa marche, par les révulsifs, les émétiques, les purgatifs, les saignées. Un traitement topique convenable arrête ordinairement ses progrès.

Les auteurs qui ont décrit les épidémies d'angines aphtheuses, suffocantes, gangréneuses, s'accordent à reconnaître que le traitement topique est le seul qui ait de l'influence sur cette maladie.

Les anciens avaient remarqué que les ulcères de la bouche cédaient à des applications astringentes ou caustiques.

Celse dit à cette occasion : « Si leniora me-« dicamenta in eos parùm proficiunt, adhi-« benda sunt ea quæ adurendo crustas ulceribus « inducant. » (*Celsi Medicina*, cap. XI, *de oris ulceribus*.)

Les caustiques qu'il conseille sont : l'alun, la chaux, la teinture noire des cordonniers.

« Hunc morbum Aretœus de tonsillarum ul-« ceribus agens addit sequentia, pestifera sunt « lata, cava pinguia, quodam concreto humore « albo aut livido aut nigro, sordentia, concreta. « Illa sordes, latinè vocatur crusta. Si in pectus « per arteriam (asperam) id malum invadat illo « eodem die strangulat.

« Crustas autem gangrænosas medicamentis « igni similibus, illiniri jubet, ut decidant ne « proserpit ad vicina malum.» (*Van-Swieten, angina gangrænosa*, pag. 636 et 637.)

Ætius conseillait les astringens contre les petits ulcères qui envahissent le gosier, la langue, les lèvres, et qu'il décrit sous le nom d'aphthes; il recommandait surtout de ne pas arracher les croûtes qui les recouvrent.

Carnavale employait dans les cas graves l'eau alumineuse et même l'acide sulfurique.

Pringle se servait de l'alcali volatil.

« Experientia docuit largam aut repetitam « sanguinis missionem, non modò plurimùm « nocere, verùm etiam perniciem ipsam accele-« rare, quarè plerique ut noxiam hic exulare « eam jubent.....

« Pustulâ autem albâ aut cinereâ, crassâ aut « mucosâ, latè tonsillas obtegere incipiente, do-« lore tunc imminuto, valentiùs detergendum « esse docent plerique melle scillitico.

« Quo in casu ego equidem spiritum vitrioli « melle exceptum cæteris antepono; eo enim « penicilli ope plures in die crustosæ pustulæ, « sive maculæ applicito, non solùm hujus pro-« gressio sisti solet, verùm etiam escharæ ne-« croticæ separatio celeriter perficitur. » (*Burserius de anginâ malignâ gangrænosâ.*)

Il est vrai que Borsieri établit une distinction entre l'angine gangréneuse et le croup, et que dans cette dernière maladie il conseille, d'après Ghisi, les saignées, les ventouses scarifiées autour du larynx, et tous les moyens employés inutilement dans les épidémies observées en Touraine. C'est dans le cours de ces épidémies que M. Bretonneau a constaté l'identité de l'angine gangréneuse et du croup. Il a démontré que l'angine pelliculaire prenait un accroissement plus rapide après les saignées, et ce fait a été confirmé par diverses observations.

Telle est celle d'un malade traité à l'Hôtel-Dieu par de copieuses saignées, d'une angine tonsillaire avec taches lichénoïdes. Les pellicules envahirent promptement les voies aériennes, et la nécropsie permit de les suivre jusqu'aux dernières divisions des bronches.

Si d'un fait isolé nous nous élevons aux épidémies, nous trouvons dans une thèse soutenue à l'Ecole de Médecine, le 20 août 1827, par le docteur Ferrand, la relation d'une angine membraneuse qui régna, en 1825, dans

un village nommé la Chapelle-Véronge, aux environs de la Ferté-Gaucher, et attaqua successivement soixante enfans; les vomitifs, les saignées, les dérivatifs ne furent pas épargnés; un des malades fut soumis à une application de nitrate d'argent; chez celui-ci la pseudo-membrane avait une épaisseur considérable sur les amygdales et la luette, aussi ses progrès vers le larynx ne furent point entravés; quatre jours après, l'enfant âgé de neuf ans succomba, et l'ouverture du cadavre fit connaître, « une fausse membrane qui tapissait « toute l'arrière-bouche, le voile du palais, les « amygdales, le commencement de l'œsophage, « le larynx dont elle obstruait presque entière- « ment l'ouverture, et enfin la trachée artère.» (Thèse citée page 18, *Observations* de Cyprien Labru.)

« Soixante individus ont été atteints, presque « tous garçons, le plus âgé avait à peine douze « ans; tous sont morts malgré les moyens aussi « variés que possible mis en usage par le mé- « decin. » (*Idem*, avant-propos.)

Si l'on oppose à ce désastre l'épidémie de la Flèche, l'on voit quatre-vingt-trois malades aux prises avec la diphthérite et soumis aux applications d'acide hydrochlorique et de nitrate d'argent; cinq élèves seulement succombèrent au début de l'épidémie, lorsque la médication topique était employée peut-être avec hésitasion et associée au traitement anti-phlogistique.

Plusieurs fois j'ai observé qu'à la suite de saignées très abondantes, nécessitées par des péripneumonies, les vésicatoires se couvraient de fausses membranes larges, épaisses, et qu'une exhalation subséquente détachait promptement.

Chez un malade, ces fausses membranes se sont renouvelées plusieurs jours de suite, et à chaque pansement, s'enlevaient d'une seule pièce qui avait la largeur de la surface dénudée.

La transsudation d'une lymphe plastique est donc facilitée par les saignées qui rendent en effet le sang plus séreux.

Je conçois combien ces expressions sembleront ridicules aux médecins qui expliquent tout par des inflammations locales, elles n'en sont pas moins justes en pratique.

Les caustiques sont les seuls modificateurs de l'angine croupale, dont l'expérience démontre l'efficacité.

Nous avons vu échouer le calomel et l'alun, le premier nous semble au moins inutile, le second peut être parfois un bon auxiliaire, ses applications excitent des efforts avantageux de sputation, mais il faut se garder de leur donner une confiance exclusive.

A notre connaissance, cinq malades, dans une même commune, sont morts suffoqués; l'on s'était contenté de toucher le pharynx avec la pâte d'alun.

Nous fûmes appelé pour un sixième enfant, l'acide hydro-chlorique réussit à prévenir l'envahissement du larynx.

MM. Bretonneau et Trousseau préfèrent aujourd'hui la solution de nitrate d'argent.

En 1825, postérieurement à l'époque où le premier avait fait connaître des succès obtenus par l'acide hydrochlorique, le docteur Edouard Gendron de Château-Renaud, attaqua avec la pierre infernale les angines couenneuses, scarlatineuses et quelques croups.

En même temps, je crois, le docteur Makensie obtint des guérisons par le nitrate d'argent, dans la pharyngite et laryngo-trachéite couenneuse terminée en croup.

En 1827, j'eus occasion, sur plusieurs enfans malades de l'angine membraneuse, d'employer ce même caustique avec succès concurremment avec l'acide hydro-chlorique.

Une de mes malades, qui avait vu mourir son frère et sa sœur, se plaignit avec effroi du mal de gorge; elle n'avait encore qu'un peu de rougeur aux tonsilles et au pharynx. Pour la tranquilliser, j'empâtai d'alun toutes ces parties; ce qui n'empêcha pas les taches lichénoïdes de paraître quelques jours après; le nitrate d'argent arrêta leurs progrès.

L'alun ne cautérise pas, et il importe de transformer en escarres les taches croupales pour empêcher leur extension.

Si elles sont épaisses, des applications timides ne suffisent pas, et alors il faut préférer au nitrate d'argent, l'acide hydrochlorique pur et concentré; celui-ci est en effet bien plus pénétrant, je m'en suis assuré plusieurs fois par l'expérience suivante :

J'ai barbouillé la muqueuse buccale d'un jeune chien, d'un côté avec l'acide hydro-chlorique, de l'autre avec une solution de trente grains de nitrate pour deux cuillerées d'eau. Les escarres obtenues par le sel se détachent promptement et sous forme glaireuse, souvent il n'en reste pas de traces au bout de vingt-quatre heures, les taches de l'acide sont expulsées plus tard sous forme de glaires plus liées, puriformes ou membraneuses, tachées de sang, elles laissent sur la muqueuse une légère érosion.

Lors donc que le pharynx et les tonsilles sont complétement tapissés d'une matière pultacée épaisse, il est prudent de cautériser avec l'acide et d'y revenir de manière à déterminer un surcroît d'inflammation, sinon celle-ci n'est pas modifiée, l'exsudation s'étend et envahit les voies aériennes.

Tant que les taches lichénoïdes sont minces, incomplètes, on peut se contenter de toucher le pharynx avec la solution de nitrate d'argent dans les points découverts et tapissés, mais l'on voit par l'expérience précédente, que cette solution à laquelle l'épithélium sain résiste, ne peut agir à travers un enduit morbide épais.

La déglutition doit devenir plus difficile par ce traitement, et il est utile que le pharynx soit plus enflammé et plus douloureux.

VIII. Dernière ressource de la médecine, la trachéotomie ne doit être pratiquée que lorsque la pâleur de la face, la lividité des lèvres, la saillie des yeux, la dilatation des narines, la dyspnée, la fréquence du pouls, annoncent une asphyxie imminente, ses chances peuvent quelquefois être calculées d'avance.

Nous venons de voir avec quelle constance de succès la cautérisation est portée au pharynx

tant que les fausses membranes ne l'ont pas dépassé.

Son influence devient plus douteuse lorsque l'enrouement du timbre de la voix, un sifflement plus ou moins fort de la respiration, des efforts violens des muscles du cou, pour l'articulation des mots, la pâleur de la face, la dilatation des narines, la dyspnée et même quelques accès de suffocation, annoncent que le larynx est tapissé. De tels symptômes dans le cours d'une angine pharyngienne membraneuse, donnent la certitude que la diphthérite est devenue laryngée; doit-on dès lors se hâter d'ouvrir un nouveau passage à l'air, d'attaquer le mal au delà de la glotte, en un mot, de pratiquer la trachéotomie? Nous n'hésiterions pas à proclamer cette nécessité, s'il nous était démontré que l'opération est désormais la seule chance de salut du malade. Les observations suivantes déposent contre cette hypothèse.

Le 12 octobre 1829, je fus appelé auprès d'une jeune fille âgée de cinq ans, elle avait commencé à tousser et à se plaindre de la gorge le huit.

Le 11, la voix fut enrouée, la respiration gênée.

Le 12, toux rauque, un peu grasse, voix complétement éteinte, agitation continuelle, efforts violens pour respirer, visage pâle, couvert de sueur, disposition à l'assoupissement.

Les amygdales sont tapissées de bandelettes blanches qui s'étendent en bas hors de la portée de la vue.

Cautérisation avec l'acide hydrochlorique pur et concentré, à l'aide d'une petite éponge dirigée sur le pharynx, les amygdales, la glotte.

Une toux convulsive avertit que le caustique a pénétré dans le larynx (émétique). La nuit suivante plusieurs accès de suffocation, la malade veut se jeter hors du lit pour respirer au grand air.

Le 13 (cautérisation, *id.* émétique), vomissemens de lambeaux membraneux.

Le 14, même traitement, la toux expulse un lambeau membraneux très consistant, long de dix-huit lignes sur 12 de largeur; la respiration devient plus libre.

15 et 16, cautérisation, émétique, vomissemens de lambeaux membraneux et de mucosités sanguinolentes. Le larynx est devenu douloureux à la pression; on cesse tout traitement.

La santé se rétablit, la voix reste couverte près de trois semaines.

Joseph Fabre, Auvergnat, âgé de onze ans, ressent un frisson le 3 mars 1835.

Le 4, mal de gorge, les jours suivans toux, la voix se couvre de plus en plus, l'aphonie est complète le 10 mars, jour de son entrée à l'hospice de Château-du-Loir.

Le pharynx, les tonsilles, les piliers postérieurs du voile du palais, sont complétement couverts d'un enduit blanchâtre qui ne s'étend pas jusqu'en haut, mais dépasse les limites inférieures du gosier; la partie postérieure du voile du palais et de la luette est débordée par une concrétion.

Inspiration bruyante, ronflante pendant le sommeil, efforts pour parler, paroles voilées, déglutition facile, visage coloré, peau chaude, pouls à quatre-vingts.

Les ganglions sous-maxillaires ont acquis le volume d'une noix.

Application de solution de nitrate d'argent (nitrate, trente grains; eau, deux cuillerées), à l'aide d'une éponge conique, fixée à l'extrémité d'une tige courbée à angle droit, et portée avec soin du pharynx sur la glotte.

L'éponge ramène des mucosités denses et puriformes (émétique, un grain); vomissemens de mucosités liquides abondantes, de glaires puriformes, et de parcelles de matière blanche concrète.

Le 11, voix *id.*, visage moins coloré, respiration plus facile, expectoration mucoso-puriforme très abondante; le crachoir en est rempli. De temps en temps efforts pénibles de sputation qui détachent de la matière pultacée.

Le 12, cautérisation.

Le 13, pharynx et amygdales nets, timbre de la voix toujours couvert, même nature et même abondance de la matière expectorée, respiration libre.

Le 16, le timbre de la voix commence à reprendre de la sonoréité.

Le 20, complet rétablissement.

Ces deux observations et celle de la petite Boulanger, que j'ai rapportée plus haut (Proposition VI), démontrent que des cautérisations dirigées vers la glotte, sont sans inconvénient, et peuvent entraver le progrès du croup; elles ont réussi même après plusieurs accès de suffocation.

La vie d'ailleurs n'est pas toujours compromise par l'extension de la diphthérite au larynx et même aux bronches.

Un petit garçon de quatre ans et demi, fils d'un épicier de Paris, rue Montmartre, près le passage du Saumon, est pris, le 1er décembre 1834, d'un léger mal de gorge.

Le docteur James examine le pharynx, et ne trouve aucune tache blanche.

La douleur continue pendant quelques jours sans augmenter; il survient une toux sèche et rauque, de l'enrouement, de la somnolence; l'enfant a peu de fièvre, sa respiration est libre.

Le huitième jour, les efforts de toux amènent quelques lambeaux membraneux qui attirent l'attention du médecin.

Nouvel examen des amygdales, et l'on distingue des stries blanches peu épaisses.

Dans la journée, cinq cautérisations avec la solution de nitrate d'argent, calomel à doses réfractées. La respiration est à peine bruyante; légère oppression qui disparaît pendant le sommeil.

Le 10, après une cautérisation, efforts violens et convulsifs de toux; l'enfant porte précipitamment ses doigts à la gorge, et attire un lambeau membraneux, long de sept à huit pouces, très élastique, d'un blanc jaunâtre, épais au plus d'une demi-ligne, large de trois à quatre, jusqu'à sa partie moyenne, où il se rétrécit et présente une première bifurcation. Six lignes plus loin, chaque bifurcation se divise, puis l'on trouve des subdivisions qui se ramifient elles-mêmes et se terminent par des appendices linéaires.

Le docteur Trousseau fut appelé en consultation, je l'accompagnai chez ce jeune malade,

que nous trouvâmes avec une respiration libre, parfois un peu bruyante ; la toux commençait à être grasse, la voix était complétement voilée.

Les amygdales offraient encore quelques taches blanches isolées et minces ; le visage n'était ni trop, ni trop peu coloré ; le pouls dans l'état normal. Toute médication active parut superflue ; l'enfant fut visité exactement pendant plusieurs jours et se rétablit sans autres accidens.

Je ne pense pas que la cautérisation tardivement employée ait eu une grande influence sur la guérison de cet enfant. On peut considérer ce succès comme un heureux hasard ; le croup était constaté, les symptômes n'étaient pas alarmans, le praticien devait cautériser et attendre ; sans doute sa conduite eût été différente, si des symptômes d'asphyxie, si une suffocation imminente eussent réclamé des secours moins ordinaires.

Ce n'est point par soumission au précepte « Meliùs anceps, quàm nullum » que nous admettons la trachéotomie au nombre des opérations que la science peut avouer.

Nous avons vu plusieurs des malades opérés avec succès par M. Bretonneau ; nous savons qu'ils l'ont été dans des circonstances où la mort semblait prochaine et inévitable.

Le docteur Trousseau a établi, avec une grande clarté, les conditions qui peuvent assurer le succès de la trachéotomie ; il a sauvé, par cette opération, à peu près le tiers des mourans qui lui étaient confiés.

Nous pensons toutefois qu'il n'est pas donné à tous les praticiens de se décider à une opération qui offre souvent trop peu de chances de guérison ; il nous semble donc utile de noter quelques circonstances qui peuvent déterminer à la pratiquer avec plus de confiance.

Lorsqu'en même temps que la voix se couvre la respiration devient sifflante, que les malades ne peuvent en parlant expirer l'air qu'avec un grand effort musculaire, que la toux est rare et la suffocation imminente, que le visage est décoloré, il est probable que l'asphyxie est le résultat d'un obstacle au passage de l'air dans le larynx même, l'ouverture de la trachée rétablit la respiration et permet de porter les caustiques sur les surfaces où la diphtérite est arrivée.

L'opération offre encore des chances lorsque la toux, plus fréquente mais grasse, annonce le croup bronchique, l'humidité de la toux donne l'espoir que les lambeaux membraneux seront promptement détachés, et une double voie est ouverte à leur sortie.

Si au contraire la toux et la respiration sont sèches et insonores, si le timbre de la voix a été couvert long-temps avant le premier accès de suffocation, si l'inspiration est plutôt soufflante que sifflante, l'expiration prompte, brusque et facile, si, malgré l'enrouement, les paroles du malade s'échappent vives et sans un grand effort des muscles du cou, si la poitrine se dilate largement, l'asphyxie est bronchique, l'enduit est adhérent et la trachéotomie ne changeant rien au mode respiratoire n'aura pas même l'avantage de reculer l'instant fatal.

Un de nos malades s'est trouvé dans la première des conditions que nous venons d'indiquer ; le jour même que le timbre de la voix fut couvert, il eut un accès de suffocation. Je le vis le soir : l'inspiration était sifflante, le visage décoloré, les yeux saillans, la toux rare et s'interrompant brusquement, le cou tendu, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent, les ganglions cervicaux engorgés, il mourut le lendemain de ma visite. La nécropsie me montra les ventricules du larynx entièrement remplis d'une matière grise, diffluente, qui doublait les cordes de ferrein et obstruait complétement le canal dans cet endroit.

L'enduit se terminait en bandelette mince à la trachée artère.

J'ai dû regretter en présence du cadavre de n'avoir pas pratiqué la trachéotomie ; elle eût sans doute réussi parce que l'asphyxie provenait d'un obstacle dans le larynx, ce qu'indiquait la simultanéité de l'extinction de voix et de la suffocation.

Un autre enfant que j'ai vu à Paris, rue du Faubourg-du-Temple, avec le docteur Trousseau, avait depuis plusieurs jours la voix éteinte, lorsqu'il fut pris d'un premier accès de suffocation qui tira ses parens de leur imprudente tranquillité.

Sa respiration était plutôt soufflante que sifflante, le thorax se dilatait avec effort, la toux était sèche, le visage pâle, les lèvres livides, les yeux sortis des orbites, le cou tuméfié, l'angoisse extrême. La trachéotomie avait été réclamée par le médecin ordinaire ; l'enfant était agonisant lorsqu'on la pratiqua, à peine la trachée artère fut-elle ouverte et dilatée par des pinces courbes, qu'il survint des efforts violens de toux expulsive. Pendant plusieurs minutes, nous craignîmes de voir cet enfant étouffer entre nos mains. Enfin, un lambeau membraneux se présenta à l'angle inférieur de l'ouverture trachéale ; il fut saisi et maintenu à l'aide de pinces aiguës ; une deuxième pince fut glissée sous la première, puis celle-ci sous la deuxième ; et, successivement, le docteur Trousseau et moi nous échelonnâmes les deux pinces en ménageant leur action de manière à ne pas déchirer la fausse membrane ; les efforts d'expulsion continuant, nous pûmes amener au dehors un tuyau entièrement tubulé, long de huit pouces, divisé et subdivisé en tubes complets terminés par des rameaux chevelus.

La respiration devint moins anxieuse, mais elle resta sèche et soufflante jusqu'à la mort qui arriva 24 heures après l'opération.

A cette époque, un enfant opéré à l'Hôtel-Dieu, par le docteur Trousseau, était complétement guéri, mais chez lui la toux avait été grasse, et la respiration accompagnée d'un léger râle muqueux, la canule était souvent obstruée par des mucosités puriformes.

Un autre enfant que j'ai visité avec le docteur Pidoux, rue de la Harpe, avait été opéré par urgence, en l'absence du docteur Trousseau qu'on avait mandé, il ne survécut que 36 heures. Sa respiration était soufflante, sèche comme métallique, il y avait absence de toux, de mucosités et d'expectoration.

Entre les conditions favorables et contraires au succès de l'opération, sans doute il s'en présentera de douteuses ; souvent le praticien est dans l'impossibilité de reconnaître si l'asphyxie provient d'un obstacle au larynx, à la trachée ou aux bronches ; mais lorsqu'il n'est pas le

seul juge du danger et que la mort est reconnue inévitable, je crois que l'art peut avouer comme extrême ressource l'opération de la trachéotomie.

IX. L'instrument qui permet le libre passage de l'air par une ouverture artificielle et par les voies naturelles, et dont l'application est toujours facile, doit être préféré aux canules.

La partie instrumentale de la trachéotomie nous a paru susceptible de grandes améliorations, même après celles que l'on doit à MM. Bretonneau et Trousseau.

Jusqu'à M. Bretonneau la méthode opératoire a été défectueuse, l'introduction d'une sonde dans la trachée ne pouvait livrer passage à une masse d'air suffisante pour prévenir l'asphyxie.

Le procédé attribué à André, et sur le témoignage de Locatelli rapporté dans l'ouvrage de Borsiéri, doit être rejeté comme dangereux; l'entaille faite aux troisième et quatrième anneaux de la trachée, ne suffit pas pour laisser un hiatus à l'air, la plaie trachéale serait bientôt cachée par les muscles sterno-hyoïdiens; très probablement cette opération n'a pas été exécutée.

La canule à pieds de bottes, de M. Bretonneau, a plusieurs inconvéniens. Difficile à introduire si l'ouverture trachéale est petite, impossible à maintenir si elle est grande, offrant par sa direction perpendiculaire un passage incommode aux mucosités, aux débris membraneux et aux éponges d'écouvillonnement; pouvant, dans les efforts de toux et l'affaissement des lèvres de la plaie, s'appuyer contre la face postérieure de la trachée et obstruer le passage de l'air.

Les premières canules adoptées par cet habile praticien et modifiées par le docteur Trousseau, nous paraissent préférables.

Tous les opérateurs s'accordent toutefois sur la difficulté qu'on éprouve à les bien placer.

« L'introduction des canules est souvent fort « difficile : quelquefois on manque l'ouverture « de la trachée et l'on enfonce l'instrument au « devant de ce conduit dans le tissu cellulaire. « Si la canule est trop courte, elle se dérange « dans les efforts de toux, se place au devant « de la trachée dans un cul-de-sac qui s'y trouve « toujours, et le malade meurt asphyxié en quel- « ques minutes; accident affreux que j'ai eu « trois fois à déplorer, bien que j'eusse laissé « auprès de mes malades des élèves en médecine qui n'étaient pas sans quelque expérience.» (Trousseau, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*)

A ces graves inconvéniens s'en joignent d'autres, l'obstruction des canules est très prompte, leur séjour ne permet pas les médications topiques sur la trachée et le larynx, elles nuisent aux fonctions de cet organe, l'air ne le traverse pas ou le traverse incomplétement, l'enduit plastique n'est pas promptement balayé, la maladie se prolonge, et plus tard, lorsqu'on ôte la canule, alors même qu'il est net, le larynx fonctionne mal, il a besoin d'un nouvel exercice pour livrer à l'air un libre passage, l'on est forcé de replacer l'instrument que l'on croyait inutile, et de fatiguer le malade par des essais plus ou moins nombreux.

C'est pour parer à toutes ces difficultés que j'ai cherché les moyens de remplacer les canules par des dilatateurs qui rendent l'opération plus prompte, plus sûre et les pansemens bien plus simples.

Le premier dilatateur que j'ai fait fabriquer est une pince recourbée dont les branches s'écartent par le jeu d'une vis de pression.

L'expérience a démontré qu'elle maintenait bien un libre passage à l'air, mais qu'elle glissait du côté de la glotte et nuisait à la déglutition.

Je passe sur une modification que je lui fis subir pour arriver à ma canule bivalve, composée d'un cylindre et de deux lames, l'une fixe, l'autre mobile; celle-ci s'écarte à volonté à l'aide d'une vis reçue dans le grand cylindre, et dont la spirale est engrénée à celle d'un cylindre intérieur.

Cet instrument fermé est introduit avec la plus grande facilité dans la plaie de la trachée artère; on l'ouvre en tournant la vis de dehors en dedans, tandis qu'avec deux doigts de la main gauche on tire légèrement sur les liens de la valve mobile ou sur son pavillon, dans la direction de la ligne qu'il doit parcourir, c'est-à-dire de l'axe du cylindre; faute de cette dernière précaution, l'on éprouve parfois de la résistance à tourner la vis, et il importe que ce temps d'opération soit exécuté avec promptitude.

Les valves écartées, on voit la paroi postérieure de la trachée, on peut toucher la muqueuse trachéale et laryngée avec une petite éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent pour fixer l'angine pelliculaire. On ne fera pas d'instillations d'eau caustique dans les bronches, mais bien d'eau pure dégourdie; ce dilatateur permet de diriger les médications topiques d'une manière plus certaine, de saisir avec des pinces les lambeaux membraneux qui se présentent, il permet à l'air de traverser le larynx et de le déblayer plus promptement des matières qui l'obstruent.

Le dernier instrument que nous avions présenté à l'Académie des sciences en 1834, a dû subir quelques modifications indiquées par l'expérience.

1° Les deux valves n'avaient pas des rebords suffisans pour empêcher les lèvres de la plaie de surmonter et de rétrécir l'ouverture extérieure; 2° Le point d'appui étant pris par un cylindre sur la partie antérieure du cou, ronde elle-même, l'instrument manquait d'équilibre.

Ces deux défauts n'étaient pas corrigés lors qu'il fut essayé à l'Hôtel-Dieu, en ma présence, sur un jeune enfant opéré depuis plusieurs jours par le docteur Trousseau.

A cette époque, le petit malade ne pouvait respirer que quelques minutes sans canule, l'on était obligé d'écouvillonner sans cesse, en moins d'une heure, la canule était obstruée, mon dilatateur fut introduit et ouvert, il y eut quelques efforts de toux comme chaque fois qu'on réintroduisait la canule ordinaire, bientôt l'enfant respira très librement, pendant plusieurs heures l'écouvillonnement fut inutile, les mucosités

s'échappaient par l'angle inférieur de la plaie. L'enfant fut calme pendant cinq heures, alors l'instrument se dérangea, l'interne de garde qui n'en connaissait pas le mécanisme, le remplaça par la canule.

L'innocuité de mon dilatateur, qu'on peut nommer indifféremment canule bivalve, *speculum asperæ arteriæ*, trachéoscope, avait été démontrée par M. Amar, élève du docteur Trousseau.

Un jeune chien opéré de la trachéotomie par cet élève a porté l'instrument dans la trachée artère pendant un mois, sans que sa santé parût en souffrir. Pendant tout ce temps, l'ouverture fut bien maintenue béante, de manière à donner un libre passage à l'air, mais chaque jour l'on était obligé de rétablir la rectitude du cylindre qu'on trouvait incliné tantôt à droite tantôt à gauche.

Une correction était donc indispensable et l'indication facile à remplir.

Nous avons fait souder au bord supérieur de chaque valve une aile ou pavillon, petite plaque transversale perforée de deux trous.

Ces ailes prennent de chaque côté de la plaie un large point d'appui qui assure l'équilibre du cylindre et la fixité de l'instrument pendant les efforts de toux et les mouvemens de la respiration.

—

EXPÉRIENCE DE TRACHÉOTOMIE SUR UNE JEUNE CHIENNE.

Le 20 mars 1835, j'ai opéré de la trachéotomie une petite chienne âgée de huit mois et mal portante depuis huit jours. Trois anneaux de la trachée furent incisés, la canule bivalve fut introduite, puis ouverte et fixée par deux fils noués derrière le cou.

Deux heures après, l'instrument était sorti de la plaie, au fond de laquelle on ne distinguait plus l'ouverture trachéale. On le replaça avec une grande facilité, les liens furent un peu plus serrés, et la chienne put faire immédiatement une lieue en voiture sans que l'appareil se dérangeât.

Il en fut de même pendant 24 heures, mais alors l'animal cassa les fils avec ses pattes, je mis deux cordons plus forts et rétablis le tout; la chienne ne parut pas souffrir. Du 21 mars au 1er avril, l'instrument n'a éprouvé aucun dérangement: je n'eus pas même besoin de resserrer les liens devenus un peu lâches. Pendant cette période de onze jours la chienne a repris de la santé et de l'appétit, la plaie a toujours donné un large passage à l'air, on s'en assurait plusieurs fois par jour, en couvrant exactement le museau de l'animal; dans cet état, il ne se débattait nullement, sa respiration s'exécutait facilement par la plaie de la trachée.

Lorsque l'air était froid, nous voyions sortir de cette plaie une épaisse colonne de vapeurs. Plusieurs fois un flambeau placé sur son passage a été éteint.

Lorsqu'on bouchait la plaie trachéale, la respiration se faisait très librement par le larynx.

Les premiers jours, les bords de l'ouverture se sont tuméfiés, ils s'affaissèrent par suite de la suppuration; le pus se prenait en croûte sur le cylindre et les parties extérieures de l'instrument. Toutes les 24 heures on lavait avec de l'eau tiède, ces lavages déterminaient souvent une toux expulsive, parce qu'il tombait quelques gouttes de liquide dans les bronches. Mais, malgré ces efforts brusques, l'instrument n'était pas ébranlé, les deux lames extérieures s'appliquaient exactement aux parties latérales de la plaie et ne permettaient au cylindre de fléchir ni d'un côté ni de l'autre.

Le treizième jour de l'opération, je trouvai l'instrument sorti, les cordons trop lâches avaient été tournés autour du cou, probablement par les pattes de l'animal qui grattait quelquefois sa plaie.

La cicatrice avait fait de rapides progrès, cependant je pus remettre en place la canule fermée, sans rencontrer la moindre résistance; je l'ouvris et la laissai encore jusqu'au dix-huitième jour. Pendant cette dernière période, la petite chienne s'est promenée à la campagne, a franchi des haies et des fossés sans que le spéculum perdît de son équilibre.

La plaie vers la fin avait une forme quadrilatère, les côtés supérieur et inférieur tendaient à se rapprocher, cependant je pouvais encore le dernier jour, sans froisser les bourgeons charnus qui débordaient par en bas le cylindre, passer la canule dont on se sert pour les enfans opérés, preuve que l'ouverture trachéale est maintenue suffisamment large.

Cette observation démontre tous les avantages de notre spéculum, car, pendant les dix-huit jours qu'il a été en place, l'on a pu distinguer au fond de la plaie la couleur de la muqueuse trachéale.

Nous croyons qu'il doit être adopté de préférence aux canules lorsque la trachéotomie a été pratiquée pour ouvrir un passage accidentel à l'air, mais si ce passage devait être maintenu plusieurs mois comme l'exigent certaines maladies du larynx, il faudrait de temps en temps glisser entre les valves du trachéoscope une grosse canule pour dilater la plaie dans son diamètre vertical qui tend à se rétrécir.

L'on pourrait obtenir ce résultat avec une très courte canule dont la longueur n'excéderait pas l'épaisseur de la plaie, à partir de la trachée jusqu'à la peau: l'on éviterait ainsi d'obstruer le passage de l'air par les voies naturelles; dans tous les cas, la guérison serait plus prompte, car le défaut d'exercice du larynx rend pour un certain temps cet organe inhabile aux fonctions de la voix et de la respiration.

E. GENDRON.

II. MÉMOIRE SUR LES ENGORGEMENS DU TESTICULE.

Troisième article (Suite et fin) (1).

ENGORGEMENT SYPHILITIQUE DU TESTICULE.

Quoique l'expression de testicule vénérien ait servi à désigner l'orchite blennorrhagique, je crois devoir la consacrer avec M. Cullerier, à désigner un engorgement chronique du testicule,

(1) Voir tom. II, p. 141 et 337; et tom. III, p. 131.

qui est manifestement un symptôme consécutif de la maladie vénérienne, et qui diffère évidemment des engorgemens décrits jusqu'ici. C'est bien à tort qu'il a été confondu par presque tous les auteurs avec l'engorgement chronique simple. A. Cooper a évité cette faute et en a donné une fort bonne description.

Pour mieux en faire ressortir les caractères, je rappellerai brièvement que l'engorgement de la première espèce a le plus souvent son siége dans l'épididyme et le commencement du canal déférent; qu'il est presque toujours borné à un seul côté; que le testicule conserve ordinairement son volume et sa consistance naturels; que la tumeur est indolente ou peu sensible, mais qu'à l'occasion de causes légères, elle peut s'enflammer et reproduire une partie des symptômes de l'orchite aiguë.

L'engorgement de la seconde espèce ou le testicule vénérien suit une marche toute différente et mérite une description minutieuse. Il reconnaît constamment pour cause une affection syphilitique ancienne. Il peut survenir des mois ou des années après la disparition des symptômes primitifs. Quoique un traitement anti-vénérien complet, dirigé contre ceux-ci, n'en mette pas toujours à l'abri, cependant il s'observe surtout chez les personnes qui ont négligé de les combattre.

Presque toujours les deux testicules sont affectés simultanément. L'engorgement commence par la glande, dont une partie, ordinairement la plus inférieure, durcit peu à peu et perd sa forme arrondie. On y sent des inégalités, comme si une portion de la tunique albuginée s'enfonçait vers le centre de l'organe. Son volume est à peine changé; je l'ai vu plusieurs fois diminué. Sa consistance est accrue au niveau de la partie déformée; dans ce point, il semble qu'on presse un corps d'une dureté fibreuse, et que la substance molle du testicule ait complétement disparu. Le mal continuant à s'accroître, toute la glande devient dure; sa grosseur augmente; l'épididyme participe de la même altération. Si alors on recherche quel est l'état de ce conduit, on s'aperçoit qu'il n'est plus possible de le distinguer du testicule; il fait corps avec lui et est confondu dans la masse indurée. Le volume total de la tumeur peut acquérir celui du poing et au delà. Les douleurs offrent le caractère des douleurs syphilitiques, c'est-à-dire qu'elles sont sourdes et qu'elles surviennent à l'entrée de la nuit pour disparaître au matin. A. Cooper a remarqué que le testicule vénérien accompagne plus fréquemment les syphilides et l'inflammation du périoste que les ulcères de la gorge.

L'affection peut persister fort long-temps dans cet état sans produire aucun accident. Je ne connais pas d'exemple de sa transformation en une tumeur de mauvaise nature. A. Cooper pense que cette altération a son siége dans la tunique albuginée du testicule, fondant cette opinion sur l'analogie de structure qui existe entre cette membrane et le tissu fibreux sur lequel le virus vénérien exerce principalement son influence; cependant il avoue ne pas avoir eu occasion de s'en assurer par la dissection.

Le traitement anti-syphilitique complet, principalement par les frictions mercurielles, aidé de la position, des saignées, de l'application d'un emplâtre de *vigo cum mercurio* sur le scrotum, etc., triomphe de cet engorgement d'une manière aussi prompte que certaine.

SPERMATOCÈLE.

Les Anciens ont décrit, sous le nom de spermatocèle, une maladie qu'ils considéraient comme le résultat de la distension du testicule et de l'épididyme par la liqueur séminale arrêtée dans ses conduits. Il me paraît douteux que le sperme puisse s'accumuler dans les testicules en assez grande quantité pour en produire la distension mécanique; il est plus probable que la rétention de la liqueur séminale n'est que la cause déterminante de la maladie, et qu'elle entraîne un mouvement fluxionnaire, analogue à celui qui forme la première période de l'orchite aiguë.

Au dire des auteurs, cette maladie reconnaît quelquefois pour cause un obstacle physique au cours du liquide spermatique; elle a été plus souvent occasionée par l'empêchement subit ou par l'interruption brusque de l'éjaculation. Fabrice de Hilden a conservé l'histoire curieuse d'un jeune homme qui fut surpris avec sa maîtresse, au milieu du coït; les deux testicules devinrent sur-le-champ douloureux et gonflés. Morgagni, dans sa XLIIIe *Lettre*, art. 40, cite trois exemples de ce genre, dont deux lui sont propres. La continence long-temps prolongée produit rarement cette affection; elle entraîne plutôt des accès épileptiformes ou le délire satyriasique; il résulte de l'analyse des observations que j'ai pu recueillir que le spermatocèle se manifeste surtout à l'occasion de violens désirs qui n'ont pas pu être satisfaits et d'une érection qui a duré long-temps. Je connais une personne chez qui la maladie survient de cette manière. C'est un jeune homme; cet accident lui est arrivé plusieurs fois et toujours dans les circonstances que je viens de mentionner.

Le début de la maladie est brusque; elle s'annonce par le gonflement des testicules et des cordons spermatiques, et par une douleur tensive extrêmement violente qui ne remonte guère au delà de l'anneau; M. Larrey dit avoir observé la dilatation instantanée des veines spermatiques (*Clin. chir.*, t. III, p. 60). Les testicules sont ordinairement affectés tous les deux; mais il y en a un qui l'est plus que l'autre, et les personnes qui ont éprouvé plusieurs fois cette maladie ont observé que ce n'est pas constamment le même. Le patient a de la peine à se tenir debout; il ne peut marcher que courbé et en soutenant ses testicules avec la main. Tantôt ces organes sont fortement retirés vers les anneaux, tantôt ils sont soulevés par intervalles, par les contractions spasmodiques du muscle crémaster. La peau du scrotum devient en même temps tendue, rouge et chaude. La durée et la marche de la maladie varient suivant les individus; chez quelques uns, elle se termine par une éjaculation spontanée survenue pendant le sommeil, ou par le seul effet du repos au bout de trente-six ou quarante-huit heures; chez d'autres, elle se prolonge plus long-temps et prend le caractère d'une véritable orchite, qu'il faut combattre par un traitement actif. Les observations que j'ai empruntées à Fabrice de Hilden et à Morgagni

prouvent que des accidens graves peuvent suivre le spermatocèle, mais il faut les imputer à une disposition individuelle, plutôt qu'à la maladie primitive.

Le pronostic est peu grave, car la maladie est facile à reconnaître; l'indication positive et le remède étant, pour ainsi dire, à côté du mal.

L'émission du fluide spermatique fait disparaître les accidens presque immédiatement. A défaut de ce moyen, il faudra recourir au repos, aux bains froids, aux applications de glace ou de quelques sangsues, au décubitus sur le ventre, conseillé par M. Larrey, à la suspension des testicules. Ce traitement sera du reste dirigé suivant les règles tracées plus haut, à l'occasion de l'orchite aiguë.

VARICES DU TESTICULE.

Les varices du testicule constituent une maladie extrêmement rare. La seule observation authentique que j'en aie rencontré appartient à Brodie.

James Adams, âgé de vingt-un ans, fut reçu à l'hôpital Saint-Georges, le 2 avril 1817. Les veines du cordon spermatique gauche, ainsi que celles du testicule du même côté, et principalement les veines qui se rendent à la partie postérieure de l'épididyme étaient variqueuses et formaient une espèce de peloton dans cette partie. La tumeur variqueuse peu volumineuse était le siége de douleurs qui survenaient surtout le soir. Des ventouses et des lotions réfrigérantes ayant été inutiles, Brodie mit à découvert la tumeur qui était d'une couleur pourpre et avait le volume d'une fève, et l'incisa d'un coup de bistouri. Elle s'affaissa dès qu'elle fut ouverte et donna lieu à une légère hémorrhagie veineuse; on appliqua sur la partie des compresses imbibées d'eau froide, et l'on maintint l'ouverture libre pour faciliter l'écoulement du sang et en empêcher l'infiltration dans le tissu cellulaire; la cicatrice fut parfaite en cinq semaines, et il ne resta au point où l'incision avait été faite qu'un léger endurcissement non douloureux (*Archives générales de médecine*, t. XIII, p. 560).

TUMEUR FIBREUSE DU TESTICULE.

M. Cruveilhier a donné, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, v^e livre, p. 3, la description et le dessin d'un cas, peut-être unique dans la science, de tumeur fibreuse du testicule extirpé par M. Marjolin, à l'hôpital Beaujon. La tumeur avait la plus grande analogie d'aspect et de structure avec le tissu de l'utérus dans l'état de vacuité: cette tumeur, dure et criant sous le scalpel, était composée de fibres d'un blanc grisâtre, contournées sur elles-mêmes, entre-croisées, formant des lobules fibreux entre lesquels pénétraient quelques vaisseaux; son poids était très considérable, eu égard à son volume, qui était double de l'état naturel. La tunique albuginée était séparée du corps fibreux par une couche épaisse de liquide. A la partie supérieure existait une bouillie blanchâtre, qui parut à M. Cruveilhier le résultat d'une altération du tissu fibreux; l'auteur pense que cette tumeur fibreuse s'est formée aux dépens du tissu cellulaire qui unit entre eux les conduits séminifères, et que le tissu propre du testicule avait été refoulé à la surface et atrophié par la compression.

FONGUS DU TESTICULE.

On voit quelquefois la substance glandulaire du testicule tuméfiée, fongueuse, se faire jour à travers une déchirure de la tunique albuginée, traverser le scrotum ulcéré, et venir former une tumeur à la surface des bourses: c'est cette affection déjà signalée par Samuel Cooper, dans un ouvrage ayant pour titre: *First lines of pract. of surg.*, p. 399, que M. William Lawrence a décrit sous le nom de *fongus du testicule*, dans un mémoire qui contient des détails fort intéressans sur les altérations anatomiques, les symptômes et le traitement de cette maladie.

Parmi les neuf observations données par l'auteur, j'en choisirai une qui résume les points principaux de l'histoire générale de la maladie; quelques remarques dont elle sera l'objet suffiront pour en compléter la description.

« William Cable, âgé de quarante-deux ans, « fut reçu à l'hôpital au mois d'août 1804, « quinze mois après avoir reçu sur le testicule « un coup qui lui causa une douleur extrême- « ment vive pendant une demi-heure, et laissa, « après s'être dissipée, une sensation sourde « désagréable. Au bout de trois semaines, le « testicule commença à se gonfler à sa partie « supérieure et continua à augmenter de ma- « nière à former en cet endroit un gros nœud.

« Le scrotum s'enflamma, s'ulcéra, et il en « sortit un fongus, sans aucun écoulement de pus. « Lorsque le malade fut admis à l'hospice, le tes- « ticule parut double de sa grosseur naturelle; il « était dur au toucher; il y avait près du sommet « du testicule un fongus qui formait une saillie « légère et qui semblait naître de la glande « même..... On jugea convenable de faire la « castration, et son exécution mit à même « d'examiner la nature de la maladie. Le fon- « gus tirait son origine de la partie supérieure « de la substance glandulaire du testicule, et la « moitié en avait conservé l'apparence et la « structure naturelle » (Traduction du docteur Bosquillon, *Journal gén. de médec. et de chirur.*, t. XXXVI, p. 450).

Dans l'observation que je viens de citer, la maladie parut avoir pour cause une violence extérieure qui produisit une contusion de l'organe; c'est en effet la plus ordinaire; cependant on l'a vue survenir à la suite d'orchite blennorrhagique; d'autres fois sans cause appréciable.

Quels sont les symptômes qui accompagnaient le gonflement du testicule, qui se manifesta au bout de trois semaines? La tuméfaction provoque ordinairement des douleurs très vives dans le principe; elle est très dure au toucher; peu de temps après, le scrotum s'amincit et s'ulcère, mais l'ouverture ainsi formée, au lieu de fournir du pus, donne passage à un fongus plus ou moins saillant, quelquefois pédiculé, de consistance ferme, saignant rarement, généralement insensible; les tégumens environnans et le tissu cellulaire s'endurcissent, ce qui augmente beaucoup le volume de la tumeur; la douleur se dissipe, le dégorgement s'opère; dans cet état, la maladie est indolente; elle

tend à rester stationnaire et ne présente cependant aucun mauvais caractère ; il semble alors que le fongus ne s'oppose plus à la cicatrisation que comme un corps étranger interposé entre les lèvres de la plaie qui existe au scrotum.

On voit par l'exemple que j'ai cité que la dégénérescence fongueuse peut affecter une partie seulement de la glande, le reste étant parfaitement sain ; d'autres fois elle l'envahit tout entière, comme dans la deuxième observation du mémoire de Lawrence : Dans un cas où l'auteur plongea dans l'eau la masse fongueuse qui avait été extirpée, il lui vit prendre, au bout de quelques jours, exactement l'aspect des canaux flexueux, qui constituent la substance glandulaire du testicule ; dans d'autres cas, il a vu distinctement la continuité entre la partie saine de l'organe et la masse fongueuse.

M. Lawrence pense que la maladie abandonnée à elle-même guérirait sans le secours de l'art ; mais cette guérison devant se faire attendre fort long-temps, on peut pour la hâter enlever la tumeur avec le bistouri, les ciseaux ou la ligature, si son mode d'adhérence le permet. Dans certains cas, l'excision de la partie exubérante s'est faite sans causer de souffrance au malade ; d'autres fois elle fut très douloureuse ; la même chose s'est observée dans l'application de la ligature ; peut-être cela tient-il à ce qu'une portion saine de la glande se prolongeait dans la base de la tumeur. Je ne vois, dit M. Lawrence, « aucun motif pour pratiquer la castra-« tion dans une maladie qui ne peut exposer le « malade au plus léger danger, dans aucun « temps de ses progrès ni jamais avoir de suite « fâcheuse. »

L'excision de la tumeur, à l'aide de l'instrument tranchant, semble bien préférable ; j'ai vu cette méthode employée avec succès par M. Larrey fils, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sur un jeune militaire qui portait un fongus d'un volume égal à celui d'un petit œuf de poule. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident ; seulement, les artères divisés ne purent être liées, parce qu'elles se rétractèrent de suite dans le centre du testicule ; et il en résulta un écoulement de sang, que l'on eut un peu de peine à arrêter par l'application de poudres astringentes et d'agaric. Je n'entre pas ici dans de plus longs détails au sujet de ce fait intéressant, que M. Larrey a l'intention de publier.

On peut aussi employer, pour détruire la tumeur, les escarrotiques ; il arrive alors quelquefois que la tumeur semble se reproduire après qu'on l'a détruite, mais cela ne s'observe qu'après la première application des caustiques.

Dès que la tumeur est déprimée au niveau de la peau, il se forme une cicatrice enfoncée, qui adhère à la partie du testicule qui n'a pas été détruite.

On peut rapprocher de ces fongus du testicule ceux qui prennent naissance sur la tunique albuginée, et dont je citerai deux exemples ; l'un vu par M. Lawrence sur un testicule amputé par le docteur Macartney ; l'autre par M. Dupuytren, qui enleva seulement la tumeur en respectant le testicule qui était sain.

OSSIFICATION DU TESTICULE.

Parmi les altérations organiques qui peuvent envahir la substance propre du testicule, l'ossification est sans contredit une des plus rares. La plupart des concrétions osseuses ou calcaires, indiquées par les auteurs, ont été rencontrées dans les enveloppes du testicule, ou au centre de tumeurs squirrheuses ou encéphaloïdes, ainsi qu'on en trouve plusieurs exemples dans A. Cooper. Cependant la science possède quelques observations qui ne permettent pas de révoquer en doute l'existence de cette lésion.

On lit dans les *Archives*, t. XXVI, p. 416, l'observation d'un homme de soixante ans, livré à toute espèce de débauche, et qui mourut à la suite d'accès convulsifs et de rétention d'urine. On trouva les vésicules séminales gonflées et enflammées, les canaux déférens ossifiés, mais non oblitérés, l'épididyme dur, ulcéré et un dépôt calcaire à l'endroit où les vaisseaux séminifères du testicule diminuent en nombre et augmentent en volume.

Le testicule droit d'un homme de cinquante ans fut trouvé, par Walther, converti en une concrétion dure et terreuse (Waltherus, *observationes medico-chirurgicæ*).

Mais le cas le plus remarquable est celui rencontré par M. le professeur A. Dubois, sur un jeune homme de dix-sept ans, auquel il pratiqua l'amputation des deux testicules. On trouva ces deux organes ossifiés dans leur centre ; l'un pesait dix-huit onces, l'autre dix-sept (*traduction d'anatomie pathologique de Baillie*, par M. Guerbois).

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des organes génitaux font mention de ces plaques cartilagineuses ou osseuses, développées dans le tissu cellulaire sous-séreux, soit à la surface du testicule, soit dans la portion libre de la tunique vaginale. C'est souvent dans les hydrocèles anciennes qu'on les observe ; elles peuvent alors masquer le véritable caractère de la maladie qu'elles compliquent. Quand elles n'accompagnent pas l'hydrocèle, il est encore difficile de les reconnaître, parce qu'elles entretiennent dans le testicule un état d'irritation et une intumescence habituels qui simulent d'autres maladies.

On trouve une observation bien curieuse de Luc Schoëkius le fils, dans la *Collection académique*, *part. étrang.*, t. III, p. 591. Un orfèvre eut au testicule droit une tumeur qui remonta dans l'aîne et devint grosse comme une tête d'enfant. Au bout de plusieurs années, le scrotum s'ouvrit de lui-même et il en sortit du pus en abondance ; enfin, un petit os à surface inégale et rude se présenta à l'orifice de la plaie et en fut tiré avec des pinces par David et Louis Freytag. Plusieurs autres os sortirent, la plaie se ferma et en deux mois et demi le malade guérit ; son testicule revint dans l'état naturel.

Je serais porté à croire que, dans ce cas particulier, la tunique vaginale ossifiée a été frappée de nécrose et ses fragmens éliminés comme de véritables séquestres.

KYSTES DU TESTICULE.

Les kystes, qui sont peu communs dans l'épaisseur du cordon spermatique, quoiqu'on les

y ait rencontrés, surtout chez de jeunes enfans, se développent si rarement dans le testicule, qu'on en trouve à peine quelques observations dans les recueils scientifiques. Si les auteurs dogmatiques ne les ont pas complétement passés sous silence, au moins semblent-ils avoir ignoré ceux qui méritaient une description spéciale. M. Boyer décrit une affection, dans laquelle le testicule est transformé en une poche multiloculaire, dont les divisions renferment des liquides de nature et de consistance variées, de la sérosité, du sang, du pus, une sorte de mucus épais et gluant, etc. Ces liquides, placés, dans quelques cas, près de la surface de la tumeur, font croire à un abcès, et, si on en fait l'ouverture, un fongus douloureux sort à travers l'incision, ou la plaie qui en résulte se change en un ulcère de mauvaise nature. Bien que M. Boyer compare cette maladie à l'hydropisie enkystée de l'ovaire, on voit qu'elle se rapproche par sa marche des dégénérescences cancéreuses. J'en dirai autant de ces amas d'eau qui, suivant Sabatier, se forment au dessous de la tunique albuginée, dans des cas où le testicule est squirrheux. Il est clair que les kystes ne sont là qu'un accident de la maladie principale.

De véritables kystes ont été rencontrés seuls et indépendans de toute autre maladie concomitante, soit à la surface du testicule, soit dans son intérieur. Brodie a donné l'observation de deux malades, qui portaient une tumeur adhérente à l'épididyme chez l'un, au testicule chez l'autre; il fut constaté par la dissection que ces deux tumeurs étaient des kystes développés au dessous de la tunique vaginale, entre cette membrane et l'organe auquel ils étaient accollés (*Archives générales*, t. XIV, p. 78).

C'est probablement à ce genre d'affection qu'on doit rapporter les petits kystes adhérens au testicule par des pédicules plus ou moins larges, ressemblant parfois à un vrai testicule par leur grosseur et leur forme, et que Morgagni a décrits sous le nom d'*hydatides du testicule*, notamment dans les articles 30 de la quatrième *Lettre*, et 3 de la quarante-troisième *Lettre*.

Arnaud a rencontré dans sa pratique une tumeur du scrotum, qu'il jugea convenable d'ouvrir dans toute sa longueur; étant arrivé jusque sur le testicule, il le trouva fort gonflé, et s'aperçut en le touchant qu'il contenait un fluide quelconque. Pour l'évacuer, il y donna sur-le-champ un coup de petit trocart comme pour les enfans, et il en sortit de l'eau jaune et gluante. Le malade guérit parfaitement bien (*Thèse de Rixain*, an XII, n° 129, p. 37).

Les éditeurs de la *Médecine opératoire* de Sabatier parlent de kystes purulens et mélicériques, qu'on a quelquefois appelés hydrocèles enkystées du testicule; mais sans citer d'observation à l'appui.

C'est à A. Cooper (*Observations on the structure and diseases of the testis, by sir A. Cooper*, p. 79) que la science est redevable de la première histoire détaillée des tumeurs enkystées du testicule. Voici quels sont les caractères anatomiques :

Le testicule et l'épididyme offrent deux parties, l'une solide, l'autre occupée par des kystes entre lesquels des prolongemens solides établissent une continuité, dont le volume varie depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une bille, et qui présentent des différences d'organisation, à l'aide desquelles on peut, en quelque sorte, suivre leurs progrès; car, les plus petits représentent des vésicules remplies d'un liquide séreux et jaune, quelquefois semblable à du blanc d'œuf, tandis que les plus grands ont des parois épaisses et contiennent une matière muqueuse. Ces kystes sont généralement plus petits dans l'épididyme que dans le testicule; leurs parois sont très vasculaires, l'épaisseur de la tunique albuginée est augmentée dans toute son étendue et la tunique vaginale épaissie offre des adhérences partielles. Cooper s'est assuré que ces kystes ne sont pas des hydatides : disposé plutôt à les considérer comme des résultats de la dilatation des conduits séminifères, il propose de donner à cette lésion le nom de maladie tubulaire du testicule (*Tubular disease of the testis*). Toutefois ce n'est qu'avec réserve qu'il émet cette idée. Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible de décider cette question.

La maladie se montre surtout chez les adultes de vingt à trente-cinq ans, quelquefois plus tard, puisque Cooper l'a observée sur un homme de quarante-cinq ans; elle affecte le plus souvent des individus robustes et doués d'une bonne constitution. Ses causes sont encore peu connues; les malades rapportent ordinairement l'origine de leur mal à l'impression du froid, ou à un coup qu'ils ont reçu sur le scrotum. On n'a point de notions exactes sur la manière dont cette affection se comporte au début, parce que les personnes qui en sont affectées ne commencent à s'inquiéter de leur état qu'au moment où le testicule a déjà pris un certain développement. On sait seulement que la tuméfaction du testicule augmente progressivement et avec une rapidité qui varie suivant les sujets. Lorsque le chirurgien est consulté, la maladie consiste en une tumeur plus ou moins volumineuse, mais qui finit par devenir si considérable, que les vêtemens ne peuvent plus la cacher; cette tumeur est du reste assez semblable à la tumeur de l'hydrocèle, si ce n'est qu'au lieu d'être piriforme comme celle-ci, elle est légèrement comprimée sur les côtés, de manière à reproduire la forme du testicule; l'épididyme, quelquefois distinct, ne peut pas toujours être senti; cela dépend du siége précis de la maladie. Sur le scrotum rampent des veines dilatées; celles du cordon le sont également. La tumeur paraît plus pesante que ne le serait une hydrocèle et n'est point transparente; elle cède à la pression et peut même donner à la main la sensation d'une fluctuation obscure, à moins qu'elle n'acquierre un grand volume; elle n'est le siége d'aucune douleur locale, et n'incommode le malade que par les tiraillemens qu'elle exerce sur le cordon spermatique; la pression modérée n'est point douloureuse; la pression forte fait éprouver au patient une sensation analogue à celle qui résulte du froissement du testicule. La première observation de M. Cooper nous apprend quels sont les effets qui résultent de la ponction d'un testicule rempli de kystes. Il s'écoula par la canule quelques gouttes de sang, la petite plaie se ferma et la ponction n'exerça sur la marche

ultérieure de la maladie aucune influence défavorable. Jamais, suivant Cooper, le cordon ne devient malade; jamais les glandes inguinales ou lombaires ne s'affectent; la santé générale ne s'altère point; la maladie reste locale; c'est là un de ses caractères les plus remarquables. Peut-être cette proposition de Cooper est-elle trop absolue; un cas cité par Brodie justifie le doute que j'émets. Ce chirurgien, ayant pratiqué l'extirpation d'un testicule rempli de kystes, le malade mourut d'une péritonite, et l'on trouva dans les glandes lombaires une altération semblable à celle du testicule.

On conçoit que la tumeur unie, ovalaire, élastique, non transparente, lourde, à fluctuation obscure, qui résulte de la présence de kystes dans le testicule, puisse être confondue avec l'encéphaloïde. Toutefois, cette erreur ne paraît pas avoir été commise, et il serait possible de l'éviter en se rappelant la marche particulière de l'engorgement cérébriforme, la dureté remarquable de sa première période qui contraste avec l'apparente fluctuation qu'il présente dans son second degré, et surtout les douleurs lancinantes dont il est le siége, et le trouble qu'il apporte dans la santé générale. Quel inconvénient y aurait-il d'ailleurs à confondre deux maladies dont le traitement est le même? C'est avec l'hydrocèle que les kystes du testicule ont été confondus, et Cooper lui-même avoue qu'il est tombé deux ou trois fois dans cette méprise.

En effet, la santé parfaite des personnes affectées de kystes du testicule, l'absence complète de douleur, le volume et la forme de la tumeur sont bien propres à faire illusion, et, d'après les premières impressions, le chirurgien s'attend à rencontrer une hydrocèle. C'est en vain qu'on chercherait des signes différentiels dans le poids de la tumeur, sa forme, son opacité, son défaut de transparence; ces circonstances peuvent se rencontrer dans une hydrocèle. Mais, dans cette dernière, le testicule peut être senti ordinairement à la partie postérieure, et la compression ne fait pas naître cette douleur particulière que développe la pression d'un testicule rempli de kystes. Dans les cas douteux, il faudrait se conformer au conseil de Cooper, et pratiquer une ponction explorative.

Quoique le développement de kystes dans le testicule ne mette pas la vie en danger et n'entraîne aucun accident grave, le pronostic est néanmoins fâcheux; car le poids du testicule et son volume qu'il devient impossible de dissimuler, fatiguent le malade, le gênent dans ses occupations, et finissent par lui devenir si onéreux qu'il sollicite avec instance une opération qui le débarrasse de son mal. Or, jusqu'à présent, on ne connaît pas d'autre moyen curatif que la castration; Cooper a vu échouer toutes ses tentatives de guérison par un traitement médical. Le malade se trouve donc dans l'alternative de conserver une affection qui lui est insupportable ou de perdre un de ses testicules.

Au reste, la castration, appliquée à ce cas particulier, paraît présenter des chances favorables; elle a réussi toutes les fois que Cooper l'a pratiquée, et n'a jamais été suivie de récidive. Ces succès doivent engager à imiter la conduite du célèbre chirurgien anglais.

HYDATIDES.

A côté des kystes se rangent naturellement les hydatides, affection non moins rare et dont la science possède un petit nombre d'exemples. Cooper n'a eu occasion d'en observer qu'un seul cas; c'était un épididyme qui lui avait été envoyé par Davie, et qui contenait une hydatide de couleur perlée, libre dans son enveloppe. MM. Dupuytren et Larrey ont été plus heureux: chacun d'eux a rencontré plusieurs fois cette curieuse altération.

Tantôt les kystes qui renferment les hydatides sont isolés, et occupent, soit le cordon, soit le testicule lui-même; tantôt ils sont rapprochés de manière à former des espèces de grappes qui se développent dans l'épaisseur de la tunique vaginale, et peuvent de là s'étendre jusqu'au testicule dans la propre substance duquel elles pénètrent. L'étiologie de cette maladie est obscure comme celle de tous les kystes; mais, ce qui est fort singulier, c'est que M. Dupuytren a soigné plusieurs membres de la même famille qui en étaient affectés (Sabatier, *Méd. opér.*, t. III, p. 35 et 69).

La tumeur qui résulte de la présence des hydatides est ordinairement transparente, assez résistante à la pression, et n'offre qu'une fluctuation obscure, ou même n'en offre point. Sa surface est inégale et bosselée; mais un caractère qui lui est tout à fait particulier, et qui a été signalé par M. Larrey (*Clinique chirur.*, t. III, p. 49), c'est que l'application brusque d'un corps froid produit en elle un resserrement et une diminution de volume, tandis que la chaleur et l'humidité la rétablissent dans son premier état. Ces changemens sont attribués par M. Larrey à la contractilité propre aux hydatides, qui est mise en jeu par l'impression brusque des substances froides ou irritantes.

Cette maladie a toujours une certaine gravité, puisqu'on ne peut la guérir qu'au moyen d'une opération chirurgicale; mais cette gravité est proportionnée à l'étendue et au siége de l'affection. Est-elle peu volumineuse et concentrée au bas de la tunique vaginale, on met les hydatides à découvert par une incision et on les enlève à l'aide d'érignes et de ciseaux; cette incision convient également dans les cas où les hydatides occupent le cordon spermatique; c'est ainsi que Dupuytren traita et guérit ses malades. La lésion a-t-elle envahi la totalité de la tunique vaginale; s'est-elle étendue vers le testicule? Il est douteux que cet organe, envahi par la maladie, atrophié ou plus ou moins profondément altéré, puisse être conservé; c'est dans ces cas malheureux que l'extirpation du testicule est autorisée.

TUMEURS COMPOSÉES.

Si les diverses altérations dont je viens de tracer l'histoire peuvent exister indépendamment les unes des autres, il n'est pas rare non plus de les rencontrer unies et combinées entre elles de différentes manières, et de ces combinaisons variées naissent des tumeurs complexes que les Anciens appelaient maladies de tout genre.

Les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de fixer les lois

qui président à ces combinaisons. Les seules conclusions qu'on puisse tirer de l'examen du petit nombre de faits qui existent dans la science; c'est que le fongus et les hydatides se rencontrent presque toujours isolés ; toutes les autres lésions peuvent concourir à la formation des tumeurs composées, sans qu'il existe entre telle ou telle des rapports d'affinité bien déterminés ; cependant, les tissus encéphaloïde et squirrheux semblent en former à peu près constamment la base ; ainsi, on trouve ces tissus, soit seuls, soit réunis, semés de tubercules, creusés de kystes, traversés par des productions osseuses ou cartilagineuses.

Dans la cinquième livraison de son *Traité d'anatomie pathologique*, M. Cruveilhier a représenté et décrit la coupe d'un testicule présentant une trame aréolaire, fibreuse, à mailles tantôt larges, tantôt étroites, remplie d'une matière pultacée, rougeâtre, analogue au cerveau d'un jeune enfant, matière qu'on exprimait comme d'une éponge par une pression légère; ou y trouvait aussi des concrétions sanguines et de petites masses tuberculeuses ou plutôt du pus concret; la substance du testicule en partie atrophiée avait été repoussée à la surface.

Le quarantième *Bulletin* de la Société anatomique contient la description d'une tumeur du testicule formée par de nombreux kystes, dont les plus petits étaient gros comme des pois, et dont l'un avait acquis le volume d'un œuf de poule. Leurs intervalles étaient remplis par du tissu encéphaloïde,

Enfin, M. Velpeau a consigné dans le treizième volume des *Archives*, p. 529, l'histoire d'un jeune homme à qui M. Roux enleva une tumeur du scrotum, qui s'était développée depuis six mois à l'occasion d'un coup. La masse morbide était un composé de tissu colloïde, de matière tuberculeuse ou caséeuse, de substance cérébriforme, de tissu cellulaire lardacé et de quelques faisceaux encore reconnaissables de la glande séminifère ; la tunique vaginale n'était pas altérée.

L'exposé des caractères anatomiques qui appartiennent à ces maladies fait prévoir combien il est difficile d'en établir la symptomatologie d'une manière satisfaisante. Qu'attendre en effet de tumeurs complexes, formées d'élémens multipliés, dont chacun a son caractère et sa marche, et qui peuvent se combiner de plusieurs manières différentes et indéterminées ; si ce n'est qu'elles présenteront dans les signes par lesquels elles se traduisent à l'extérieur, la même irrégularité, la même complication, la même infinie variété qui se remarque dans leur composition ? C'est aussi ce qui arrive : examinez une de ces tumeurs sur l'homme vivant ; vous la trouverez volumineuse, inégale et très irrégulière, saillante dans quelques points, déprimée dans d'autres ; arrondie à droite, anguleuse à gauche ; ici souple et élastique, là dure, incompressible ; plus loin, ramollie et fluctuante. Cet aspect de la maladie suffira sans doute pour établir sa nature complexe ; mais s'il fallait arriver à un diagnostic plus positif, et reconnaître les élémens divers qui entrent dans la composition de la tumeur, la sagacité du chirurgien se trouverait souvent en défaut.

Cette imperfection du diagnostic, quelque affligeante qu'elle soit pour la science, est heureusement peu préjudiciable aux malades ; car l'expérience a appris que les tumeurs composées du testicule tendent sans cesse à augmenter, ne sont arrêtées par aucun moyen, entraînent infailliblement la perte de l'organe, et mettent souvent la vie en danger. Il suffit donc de les avoir reconnues ; l'indication est évidente et la castration est le seul moyen d'y satisfaire.

Je ne terminerai pas ce travail, sans appeler l'attention sur une circonstance propre au testicule et qui peut avoir une grande influence sur le diagnostic et le traitement des affections de cet organe. Le déplacement que les glandes séminales, d'abord situées sur les côtés de la colonne vertébrale, subissent en descendant dans le scrotum, déplacement qui est ordinairement accompli au moment de la naissance, peut se faire plus tardivement. Le testicule chez quelques sujets reste même indéfiniment arrêté sur un des points du trajet qu'il doit parcourir pour accomplir cette migration ; chez d'autres, cet organe se dévie de la route naturelle. Dans ces diverses circonstances, quel que soit le point qu'il occupe, il pourra être envahi par une des altérations que j'ai précédemment décrites et simuler une maladie propre à la région dans laquelle il se trouve. L'examen du scrotum fournira dans ces cas un élément précieux de jugement, et l'absence du testicule suffira pour faire présumer la source des accidens. On conçoit que le traitement présentera d'autant plus de difficultés, que le testicule sera situé plus profondément et par conséquent plus soustrait à l'emploi des moyens chirurgicaux.

BÉRARD *jeune*,
Agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.

III. EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC. — GUÉRISON PAR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ.

Le *Journal de pharmacie* a publié dernièrement une observation d'empoisonnement par l'arsenic, guéri par le tritoxide de fer hydraté, communiquée par M. Blondel, pharmacien à Mer (Loir-et-Cher). Dans l'observation de M. Blondel, le contre-poison fut pris environ une demi-heure après l'injection du poison ; la dose de l'arsenic fut évaluée à un gros et demi ; la guérison fut rapide et complète.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs un fait que nous adressent deux de nos correspondans, et qui confirme la vertu d'un médicament dont nous les avons déjà entretenus plusieurs fois.

—

Des travaux fort intéressans ont été publiés, depuis 1834, par MM. Bunsen de Gottingue, Orfila et Lesueur, Chevalier, Miquel et Soubeiran, relativement à l'action du tritoxide de fer hydraté, administré comme contre-poison des préparations arsénicales et en particulier de l'acide arsénieux. Il s'agissait de résoudre le problème suivant : Trouver une substance qui

formât avec cet acide un nouveau composé non vénéneux. Or, le tritoxide de fer hydraté forme. d'après ces travaux, un arsénite de tritoxide de fer ou un arséniate de protoxide, insoluble, et par conséquent sans action sur l'économie animale. Le problème était donc résolu. Des expériences variées, sur quelques animaux vivans, tels que lapins, chiens et chevaux, ont présenté des résultats favorables et fait présumer que les bons effets de cet antidote ne se démentiraient pas chez l'homme. Mais aucune observation n'a encore été publiée qui le prouve. Tout récemment, une circonstance, qui menaçait d'être funeste à cinq enfans, nous a donné lieu de répéter cette expérience, et le succès a été complet. Comme les empoisonnemens par l'acide arsénieux ne sont pas très rares, qu'ils soient fortuits ou prémédités, nous avons pensé qu'il importait, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, de donner de la publicité aux faits que nous avons observés.

Faits.

Le 13 août dernier, cinq petites filles, qui sortaient de l'école des Sœurs de la doctrine chrétienne, ramassèrent sur un fumier plusieurs morceaux d'un gâteau sec, facile à rompre, de couleur brune, et en mangèrent une certaine quantité. Des accidens ne tardèrent pas à se développer, et voici ce que l'un de nous, M. Bineau, docteur-médecin, observa sur deux de ces enfans, auxquelles il fut appelé à donner des soins.

« L'une d'elles, Léontine Dousserain, âgée de sept ans, n'avait mangé le matin, à huit heures, que de la soupe maigre, et à onze heures et demie, un peu de sardine et de pain. Il était presque deux heures, quand elle mangea un morceau de ce gâteau, gros comme une noix et pesant environ deux gros. Tout au plus une demi-heure après, elle se plaignit de mal de gorge, d'étranglement, et vomit pour la première fois. Jusqu'à quatre heures et demie, les parens observèrent les symptômes suivans : mal de gorge, sentiment de strangulation, douleurs de ventre, surtout à l'épigastre, soif vive, cinq vomissemens de mucus et d'une espèce de pâte brune émiettée. Pas de borborygmes ni de selles. Après les vomissemens, l'enfant était anéantie, ne pouvait ni marcher, ni se soutenir; elle changeait sans cesse de position, se tordait les membres, se roidissait tout d'une pièce; la figure grimaçait par intervalles; les yeux étaient ouverts, agités, roulant dans l'orbite; quelques spasmes des membres; intelligence parfaite. On ne donna que de l'eau sucrée et quatre ou cinq onces de lait qui fut aussitôt vomi. J'arrivai à quatre heures et demie : considérant le petit nombre de vomissemens, je fis prendre un grain de tartre stibié et de l'eau tiède, qui déterminèrent quatre vomissemens en une demi-heure et deux selles jaunes, liquides, écumeuses et très fétides. A cinq heures, je donnai une première dose de tritoxide de fer hydraté, mêlé avec des confitures de groseilles, et suivi d'eau sucrée; dix minutes après, une seconde dose; la petite avala ainsi jusqu'à neuf heures du soir à peu près cinq onces de cette substance. Il y eut encore cinq vomissemens dans cet espace de emps, et de plus en plus éloignés les uns des autres; les premiers étaient peut-être dus au tartre stibié qui avait été donné un peu auparavant; ils étaient d'ailleurs noirs, granuleux, un peu rouges dans le fond. Une selle eut lieu à neuf heures, liquide, noire, très fétide, précédée et accompagnée de coliques qui cessèrent avec elle. Passé neuf heures, il n'y eut plus de vomissemens. A sept heures, la chaleur était douce et uniforme; le pouls fréquent, mais assez fort; l'assoupissement commença à cinq heures et dura jusqu'à dix heures; il ne cédait qu'aux vomissemens et aux instances qu'on faisait auprès de la malade pour qu'elle prît le remède; la respiration était faible, mais libre et sans râle; les yeux, demi-ouverts pendant la somnolence, cernés et un peu enfoncés dans l'orbite; la peau pâle et retirée, les membres agités, à intervalles rares, par quelques mouvemens convulsifs partiels. A dix heures, tous les accidens paraissaient calmés. L'enfant eut toute la nuit un sommeil naturel; à peine si elle se réveilla une ou deux fois pour boire. Le lendemain, 14, soif et faim, dès le matin; langue un peu rouge et sèche; ni céphalalgie, ni assoupissement; la face s'anima, la peau devint chaude, le pouls fréquent; légère agitation, faible mouvement fébrile. Cependant la petite fille voulut se lever; elle fit diète, but du bouillon, de l'eau de tilleul et de la limonade. A onze heures, elle fit une selle noire et plus liée; à quatre heures, elle se coucha, dormit d'un sommeil tranquille, transpira un peu, et dès lors la santé redevint aussi bonne qu'auparavant, sans qu'aucun symptôme nouveau se soit déclaré.

« L'autre jeune fille, Marie-Louise Ganeau, âgée de cinq ans et demi, n'avait pris dans la matinée, à huit heures, que des poires et des prunes cuites. Un peu avant deux heures, elle mangea un morceau du même gâteau, pesant environ trois gros. Un quart d'heure après, tout au plus, elle eut un premier vomissement de glaires, de pain et de melon, suivi dix minutes après d'un second, où l'on remarqua une pâte brune émiettée. On lui donna huit à dix onces de lait qui furent aussitôt rejetées. L'eau de laitue, l'eau sucrée, l'émulsion qu'elle prit, tout fut vomi presque aussitôt après avoir été avalé. Plus de vingt vomissemens se succédèrent ainsi jusqu'à cinq heures et sans aucune évacuation alvine. A cinq heures, première selle jaune, liquide, peu abondante. Après les vomissemens, l'enfant était abattue, anéantie, assoupie pendant quelques instans, mais bientôt l'agitation recommençait et devenait très grande; la petite changeait de place, se remuait, accusait de grandes douleurs partout le corps, et surtout au ventre et aux jambes, disait qu'elle allait mourir. Pas de borborygmes; sueur froide au visage et aux mains; face alternativement pâle et violette; soif assez vive. A quatre heures, l'assoupissement devint plus grand et presque continu; intelligence toujours parfaite, excepté pendant quelques minutes. A cinq heures, j'arrivai auprès d'elle, et vu le grand nombre de vomissemens, je lui fis prendre sur-le-champ le tritoxide de fer hydraté, par petites cuillerées à bouche, à la dose de cinq ou six gros à la fois, assez rapprochées d'abord, puis de plus en plus éloignées, jusqu'à dix heures du soir; ce remède était mêlé à des confitures et suivi

d'eau sucrée. Depuis ce moment on ne compte que trois vomissemens de matière grenue, noire; les symptômes diminuèrent rapidement; plus de plaintes, de douleurs au ventre ni aux jambes, de coliques; mais l'assoupissement devint profond et continu, et à six heures du soir, l'état général semblait assez alarmant: chaleur douce, uniforme, mais pouls très fréquent, faible et petit; face pâle et rouge alternativement; yeux cernés, entr'ouverts, enfoncés dans l'orbite; respiration faible, à peine sensible; aucune agitation. A dix heures, le pouls se releva; le sommeil continua; sueur abondante à deux heures du matin. A quatre heures, réveil naturel; l'enfant boit avidement et se rendort. A sept heures, une selle noire, fétide, caillebotée; pouls moins fréquent, plus fort; ni plainte, ni malaise; faim. Elle mange de la soupe et veut se lever. A dix heures, deuxième selle plus dure, noire; faim, soif assez vive; gaîté. A cinq heures, pouls excellent, état général bon; sommeil la nuit; retour complet de la santé. Aucun symptôme depuis. »

Les trois autres enfans ont été observés par M. Majesté, pharmacien.

« Marie Beny, âgée de sept ans, et Louise, sa sœur, âgée de cinq ans, avaient mangé à la même heure que les autres une égale quantité du même gâteau, environ deux gros chacune. Elles ne faisaient, depuis, que vomir et aller à la selle, dit le père. A quatre heures, je les trouvai dans l'état suivant : L'aînée avait la figure crispée, pâle, ou livide, les paupières fortement injectées, une soif ardente, la peau très chaude, cent vingt pulsations, le ventre ballonné et douloureux, l'épigastre surtout sensible, un abattement général; elle avait eu vingt vomissemens et autant de selles. La plus jeune avait la face moins décolorée, les paupières moins injectées, le ventre moins douloureux, une soif vive; plusieurs selles et vomissemens avaient eu lieu; mais elle paraissait moins malade que sa sœur. J'ordonnai un lavement et de l'eau de tilleul, et je courus à ma pharmacie. Ayant aisément constaté la présence de l'acide arsénieux dans le gâteau qui me fut présenté, à l'aide de quelques réactifs et de l'odeur alliacée qu'il avait dégagée, après l'avoir mis sur des charbons ardens, je me hâtai de préparer du tritoxide de fer hydraté : en moins d'une heure, j'en avais obtenu douze onces. Quoiqu'il exhalât une assez forte odeur ammoniacale, je retournai, sans plus perdre de temps, auprès des malades, et je leur en fis prendre à chacune environ deux onces, en quatre fois différentes, dans l'espace de vingt minutes; elles buvaient par dessus de l'eau sucrée. Les vomissemens cessèrent aussitôt, et ne reparurent qu'une heure après. Alors je leur en fis prendre une dose semblable, mais à des intervalles plus éloignés, et un lavement qui en contenait une demi-once. A huit heures, le vomissement recommença avec coliques, ventre douloureux; quelques selles avaient eu lieu. Je leur administrai encore une once à chacune, et une demi-once dans un second lavement émollient. Les vomissemens cessèrent de nouveau et pour tout à fait. Elles s'endormirent. La nuit fut bonne. Le 14, ventre un peu douloureux, fièvre légère, soif assez vive, pas de selles (lait coupé, demi-lavement). Journée bonne. Depuis ce temps, l'aînée ayant mangé plus qu'elle ne devait faire, a présenté quelques signes d'irritation intestinale : soif, nausées, deux ou trois vomissemens, douleurs de ventre, fièvre légère, et une éruption de petites plaques rouges qui a duré trois jours. Le repos, la diète, les boissons délayantes ont dissipé ces accidens et la santé s'est rétablie. La plus jeune est tout de suite entrée en convalescence et n'a eu qu'une éruption semblable.

Enfin, une petite fille de neuf ans, Elisa Prou, a éprouvé les mêmes accidens à la suite d'un empoisonnement semblable : vomissemens, douleurs de ventre et des jambes, soif, accablement général, assoupissement, mais à un degré moins intense. La figure fut moins défaite, le pouls toujours assez fort. Elle prit deux onces et demie ou trois onces de tritoxide de fer dans l'espace de quatre heures, et les vomisssemens cessèrent sous l'influence prolongée de ce remède. Elle fut moins malade que les autres enfans. Tous les accidens avaient disparu huit heures après l'invasion. »

Réflexions.

Il résulte des renseignemens que nous avons pris, que le gâteau destiné à servir de *mort aux rats*, avait été préparé depuis deux ans, et dans la proportion de trois cuillerées de farine, d'une cuillerée d'acide arsénieux, d'une pincée de cassonade brune et de l'eau. Or, la cuillerée de farine pèse une demi-once, et la cuillerée d'acide arsénieux pèse une once. En évaluant le poids de la cassonnade et de l'eau à deux ou trois onces, la proportion de l'arsenic devait être dans le principe d'un cinquième; par l'effet de la dessiccation elle a dû augmenter. Toutefois, elle serait encore énorme, et quelque petit que fût le morceau de gâteau mangé, deux gros environ, chacune des petites filles a dû prendre peut-être trente grains d'acide arsénieux, dose assez considérable pour occasioner des accidens formidables, et sans doute la mort. Dans les fragmens que nous avons vus, il était facile de reconnaître cette substance, sous la forme de petits grains blancs, solides, friables, quelques uns gros comme des grains de millet; une plus grande quantité était sans doute incorporée intimement avec la farine; la pesanteur de ces fragmens tendait à le faire croire.

Nous avons traité cette substance par l'eau de chaux, la solution de sulfate de cuivre ammoniacale, celle de nitrate d'argent, le gaz acide hydrosulfurique; nous avons eu les précipités blancs, vert de Schéele, jaune gris, jaune doré; ce dernier, traité par l'ammoniaque liquide, a tout de suite été dissous, solution incolore et noircissant un peu; sur les charbons ardens, l'odeur était alliacée; enfin, par la sublimation, nous avons reproduit l'arsenic métallique.

Ainsi, nul doute sur la réalité de ce poison.

Nul doute sur la grande quantité que les enfans en ont avalée.

Les symptômes observés sont aussi ceux que développe la présence de cet acide dans les voies digestives.

D'un autre côté, pour préparer le tritoxide de fer hydraté, M. Majesté a introduit une once de limaille de fer avec quatre onces d'acide ni-

rique et quatre onces d'acide hydrochlorique ans un ballon de vaste capacité. On a chauffé loucement jusqu'à ce que la solution ait été omplète. Alors, on a ajouté seize onces d'eau listillée froide ; après quelques minutes, on a etiré du feu et versé dans le mélange deux ou rois onces d'ammoniaque liquide. Le précipité eu lieu. On a rempli le ballon d'eau ordinaire, gité, lavé et filtré ; il y avait environ douze nces de tritoxide de fer hydraté. Une cuillerée bouche de cette substance, qui se présentait ous forme de bouillie, pesait environ une once. ette opération ne dura pas une heure. Elle fut ur-le-champ recommencée et donna encore louze onces de précipité.

Examinons son action :

Aucune des cinq jeunes filles n'a succombé.

L'acide arsénieux, qu'elles avaient pris, était-l en trop petite quantité pour causer la mort ? es proportions de cette substance avec la farine t la quantité de gâteau qui a été mangée ne permettent pas d'admettre cette supposition.

Les vomissemens ont-ils expulsé l'acide arsénieux assez promptement et assez complétement our l'empêcher d'être mortel ? Une foule de as de ce genre ont démontré que presque toujours la mort a été occasionée par une faible lose d'arsenic, même lorsque les vomissemens vaient été très nombreux et susceptibles d'entraîner au dehors une grande partie du poison.

Est-ce donc le tritoxide de fer hydraté qui a eutralisé l'acide arsénieux, et par conséquent mpêché ses effets funestes ? Les expériences, ites sur les animaux vivans, sont d'accord avec ette opinion ; et si l'on considère que dans le as qui nous occupe, cinq enfans, tous placés lans les mêmes circonstances, tous malades et raités de la même manière, ont tous été guéris omplétement, on ne pourra s'empêcher d'admettre que cet heureux résultat ne soit dû à l'action d'un même remède pris à temps et à lose convenable. En effet, à l'instant où les premiers secours ont été administrés, trois heures s'étaient déjà écoulées. L'état général était fâcheux ; les vomissemens continuaient, l'agitation faisait place à l'assoupissement ; quelques convulsions avaient lieu ; la face, les yeux annonçaient une affection grave. Une dose assez forte de poison avait donc été dissoute et absorbée. Il en restait sans doute encore à l'état solide, et qui, près de se dissoudre, eût aggravé les accidens de plus en plus. C'est alors que le tritoxide est administré. Aussitôt la scène change ; les vomissemens diminuent d'abord, s'éloignent et cessent entièrement. Quelques selles ont lieu, les douleurs s'apaisent, la face se ranime, le pouls se relève, l'assoupissement devient du sommeil, l'état normal se rétablit peu à peu, et dès le lendemain, la santé est presque aussi bonne qu'auparavant. Les vomissemens et les selles avaient achevé d'entraîner au dehors le reste de l'acide arsénieux transformé en arsénite de fer insoluble et innocent. Ainsi, il est permis de croire qu'il n'y a pas eu simple coïncidence, mais plutôt véritable corrélation entre la cause et les effets obtenus ; en d'autres termes, que le tritoxide de fer hydraté a réellement neutralisé l'acide arsénieux et lui a servi d'antidote.

En terminant, nous ferons remarquer le laps de temps qui s'était écoulé entre l'empoisonnement et l'administration du remède. Trois heures ! c'était bien long ; et cependant le succès a été complet. En outre, la dose du tritoxide a été considérable, de quatre ou six onces pour chaque enfant, et elle n'a pas développé le plus léger accident. Nous sommes donc autorisés à penser, que, quel que soit le temps écoulé depuis l'empoisonnement, il convient de recourir à l'antidote, et d'en gorger le malade, soit par la bouche, soit en lavemens, avec une entière sécurité, sans s'astreindre à des doses proportionnées, puisqu'on ne connaît pas la quantité d'arsenic qui reste dans l'estomac, mais en se laissant guider par les symptômes. Un autre avantage de cette substance, c'est qu'elle est presque sans saveur, et que les malades n'éprouvent aucune répugnance à l'avaler.

BINEAU, D.-M. P. ; A. MAJESTÉ, ph.
à Saumur.

IV. REVUE CLINIQUE.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Service de M. le professeur ROUX.

DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

Comme au temps de Desault et de Dupuytren, l'Hôtel-Dieu de Paris est encore la métropole chirurgicale du monde. Là se voient ces maladies qu'on ne voit nulle part ailleurs ; là les cas rares perdent leur titre ; là les opérations hardies, innombrables, qui font bruit au dehors ; là, enfin, les malades sont assez nombreux, les opérateurs assez sûrs, la publicité assez grande, assez capable, pour décider en dernier ressort ces débats scientifiques que décident les Académies et qui tiennent les praticiens en suspens.

Ainsi, déjà l'on commence à étudier, à l'Hôtel-Dieu, l'instruction de ce grand procès, entre la taille et la lithotritie, sur lequel l'Académie de médecine, faute de pièces, a été obligée de se déclarer incompétente. Il n'était sorti de tous ces débats qu'une seule vérité : c'était que le jugement serait impossible, tant que la lithotritie resterait aux seules mains des lithotriteurs. Il faut donc rendre grâce aux chirurgiens qui, comme M. Roux, tentent de faire rentrer la lithotritie dans le domaine de la vraie science. Plusieurs tailles et plusieurs lithotrities ont été déjà pratiquées à cet effet à l'Hôtel-Dieu. Nous espérons que de leur comparaison exacte et numérique, il sortira quelque résultat définitif. En attendant, nous rapportons le fait suivant, comme pièce à consulter :

1re Observation. — *Calculs vésicaux, lithotritie. — Accidens graves consécutifs, mort. — Altération du sang.*

Ephrem Cagnon, âgé de cinquante ans, né à Châlons-sur-Marne, où il exerce la profession de chapelier, cheveux et yeux bruns, muscles assez développés, pas d'embonpoint.

Ephrem Cagnon, quoique ouvrier, jouit d'une intelligence au dessus de sa position ; il est d'une

grande propreté pour sa personne; d'une complexion nerveuse et irritable.

Il a toujours joui d'une bonne santé. Il y a environ un an qu'il commença à éprouver de fréquentes envies d'uriner et des douleurs à l'extrémité de la verge. Mais, depuis un mois seulement, ces symptômes ont pris assez d'intensité pour troubler son repos. Bien qu'il eût rendu un gravier de la grosseur d'un gros poids ses urines n'avaient pas été troublées. M. Roux, ayant constaté la présence d'un calcul, fit entrer Ephrem à l'Hôtel-Dieu, le 14 septembre 1835. Le cathétérisme n'avait pas été douloureux, et avait révélé la présence de plusieurs calculs peu volumineux.

Dès le 15, le malade se soumit à l'opération du broiement de la pierre. Le cathétérisme se fit sans douleur, mais la vessie étant vide, on essaya vainement de la dilater par une injection d'eau tiède. Puis, M. Roux introduisit l'instrument de Jacobson, mais il ne put le déployer, ce qu'il attribua à la contraction de la vessie. Alors il eut recours à la pince de M. Heurteloup. Dès la première introduction, une pierre fut saisie, après de très courtes recherches; elle fut immédiatement brisée. Trois nouvelles introductions eurent lieu, et toutes les fois avec succès, ce qui était attesté par l'écartement extérieur des branches, la sensation éprouvée par l'opérateur, et surtout par le détritus de la pierre entre les mors de l'instrument. Le malade paraissait beaucoup souffrir pendant l'opération; il se livrait à de violentes contractions, poussait des cris; quelques gouttes de sang suivirent le retrait de l'instrument. L'opération avait duré en tout vingt-cinq minutes environ.

Le malade fut placé dans un bain durant une heure. Il se plaignait de beaucoup souffrir. Ses urines étaient rouges sans caillot; malgré ses plaintes durant toute la journée, il n'y eut ni fièvre ni aucun dérangement de fonctions.

Le sommeil fut très troublé; les envies d'uriner continuelles; le malade était obligé de tenir presque constamment l'urinoire entre ses jambes. On reconnut dans les urines des fragmens de calculs, beaucoup de détritus; entre autres un noyau plus jaune, gros et rond comme un gros pois.

Le jeudi 17, il eut trois selles, et comme il paraissait beaucoup souffrir, on lui fit prendre un lavement fortement laudanisé.

Jusqu'au samedi 19, les symptômes furent les mêmes; les douleurs étaient toujours les mêmes; les envies d'uriner aussi fréquentes; mais son état n'inspirait aucune crainte, tellement que M. Roux fut sur le point de tenter une seconde lithotritie; mais il en fut détourné par le manque de temps.

Dans la journée du samedi, il fut pris d'un frisson assez violent, suivi de chaleur et d'un peu de sueur.

Ce frisson se reproduisit le jour suivant, mais pas à heure fixe.

D'une autre part, les douleurs étaient aussi vives, continuelles; les envies d'uriner très fréquentes; l'hypogastre légèrement sensible sous la pression; le périnée souple, indolore; les urines étaient troubles, déposaient un sédiment blanchâtre, évidemment purulent et qui contenait des parcelles de calculs.

Du reste, point de toux, ni de vomissement, ni de délire; il y avait eu deux ou trois fois quelques selles dans la journée, mais point de véritable diarrhée.

On continuait les bains, l'émulsion trois pots, et le mardi 22 (huitième jour de l'opération), le malade fut saigné.

Dans la journée du mercredi, le malade commence à délirer; ce délire est tranquille, sans objet fixe, et consiste en un marmottement plutôt qu'en des paroles distinctes. Du reste, le malade répond assez juste aux questions qu'on lui adresse. Le délire dura toute la journée. Le frisson eut encore lieu, avec tremblottement de la lèvre inférieure et un vomissement. L'hypogastre était fortement douloureux.

Le jeudi 24, quinze sangsues furent appliquées à l'hypogastre et quinze au périné.

Le 25, voici dans quel état nous trouvons le malade: Décubitus dorsal, mais agité, face généralement pâle, mais marbrée de raies violacées, non grippée; yeux demi-fermés; marmottement continuel; délire avec même caractère que les jours précédens; langue noirâtre, sèche; soif; point de vomissement ni de diarrhée; ventre souple sans ballonnement, sensible seulement à l'hypogastre; périnée souple; écoulement continuel et involontaire des urines, odeur urineuse; point de chaleur à la peau; pouls fréquent et très faible. Sur la face dorsale de l'avant-bras droit et de la main du même côté, il existe des rougeurs par plaques et par bandes, qui circonscrivent entre elles des portions de peau saine; au niveau des rougeurs, la peau est sensible, mais sans saillie et sans dureté. Ces rougeurs ont lieu principalement au niveau des articulations; cependant en ces points le mouvement articulaire est libre, et la pression de la peau seule est douloureuse; en d'autres points du corps, principalement sur les bras et sur la partie latérale du thorax, on voit des taches violacées, qui sont semblables aux ecchymoses, résultant d'un frottement, ou bien aux taches du *purpura hæmorrhagica*.

Dans la soirée de ce jour, les rougeurs observées sur l'avant-bras droit se manifestèrent sur l'avant-bras gauche.

Les membres inférieurs, palpés le matin, étaient tout à fait indolores.

Le malade mourut dans la nuit à une heure.

Nécroscopie. — Le 27, à neuf heures, aucune roideur cadavérique, coloration verdâtre des parois abdominales.

Crâne. — Infiltration d'une sérosité sanguinolente très foncée dans le tissu sous-arachnoïdien; l'arachnoïde se détache partout très facilement de la substance cérébrale. Celle-ci offre partout sa consistance ordinaire: la blanche est injectée; la corticale offre à sa surface un léger pointillé violet disposé par plaques en quelques points. Aucune autre altération.

Thorax: — plèvres, sans épanchemens; une bride d'adhérences à droite.

Les poumons sont généralement affaissés; ils offrent dans leurs lobes supérieurs des lignes noirâtres, mélanosées. Les lobes inférieurs sont engoués, violacés et ramollis, bien que le tissu pulmonaire offre son aspect normal; pas d'hépatisation ni de tubercules.

Bronches et trachée, d'un violet sale et noi-

râtre, principalement entre leurs anneaux cartilagineux, non ramollis; aucune autre altération.

Péricarde contenant deux cuillerées d'une sérosité très sanguinolente.

Cœur très flasque et très mou, offrant des ecchymoses le long des veines cardiaques; valvules libres; parois ordinaires.

Aorte ayant une coloration rouge dans toute son étendue et dans tout son contour, pénétrant la membrane interne et la membrane sous-jacente; cette coloration existe aussi dans les artères principales des membres et dans les veines.

Il n'existe ni dans les veines ni dans les artères aucune trace de pus.

On ne trouve qu'un petit foyer de pus, gros comme une noisette, auprès de la section faite à la veine du bras droit.

Mais tout le long du trajet des grosses veines, il existe une exsudation de sang, qui donne aux tissus cellulaires sous-cutané et inter-musculaire un aspect rouge; quelques fibres musculaires superficielles sont empreintes de la même coloration, mais on ne trouve rien de semblable dans l'épaisseur des muscles.

Au niveau des points rouges signalés pendant la vie, il existe une infiltration d'une sérosité sanguinolente.

Au niveau des taches de purpura sont de véritables ecchymoses.

Dans tous les vaisseaux, artères ou veines, principalement dans le cœur, il existe un sang noir très fluide, sans caillots.

Abdomen. — Trois ou quatre cuillerées d'une sérosité très sanguinolente dans le petit bassin. — Estomac dilaté, d'une couleur pelure d'oignon mêlé de noir, sans arborisation, ni ecchymoses, ni ramollissement, ni mamelonnement.

Tout l'intestin grêle et le gros intestin ont leur aspect et leur consistance normale; les plaques de Peyer et les glandes de Brunner ne sont point apparentes. On trouve seulement près du rectum une ecchymose d'un pouce de large sous la membrane muqueuse non ramollie.

Le foie et la rate sont très ramollis, d'une couleur lie de vin presque en bouillie; la bile peu abondante, d'un vert sale, peu consistante.

Les reins extrêmement ramollis, presque diffluens, offrant autour de la substance tubuleuse des ecchymoses; leur volume n'est point augmenté; le bassinet ni les calices ne contiennent point de graviers; les uretères sont généralent dilatés; ils offrent la dimension de l'urètre.

La vessie, considérée extérieurement, est contractée et appliquée contre le pubis. Aussitôt qu'elle est ouverte, il s'en échappe environ deux ou trois onces d'un liquide blanchâtre et purulent. On y trouve sept calculs blanchâtres, lisses, arrondis, de la dimension de petites noisettes, sans facettes : l'un d'eux est brisé et réduit en trois ou quatre fragmens. Plusieurs de ces fragmens sont engagés dans la portion prostatique de l'urètre.

La membrane muqueuse de la vessie est généralement blanchâtre et grenue; au sommet de quelques unes des colonnes charnues qui sont plus développées, il existe de petites ecchymoses; mais dans aucun point cette membrane ne paraît ni tiraillée ni déchirée; elle a son épaisseur ordinaire et ne paraît point ramollie, car elle donne partout de très longs lambeaux. La membrane musculaire est très épaissie.

L'urètre n'offre ni rougeur, ni ramollissement, ni rétrécissement, jusque dans la portion prostatique; là, au niveau du point où étaient logés les fragmens du calcul, le calibre de l'urètre est évidemment élargi; la muqueuse offre une teinte noirâtre; elle est déchirée, mais il n'existe point de fausse route, ni aucun commencement d'infiltration urineuse.

Aucune des articulations ne contient de pus.

—

Ainsi, voilà un homme d'une bonne santé, qui, après une lithotritie, faite avec habileté et sans aucun accident primitif, offre des accidens consécutifs graves qui sont suivis rapidement de la mort.

Des douleurs insupportables, un ténesme vésical presque continuel, l'incontinence d'urine, tels sont les accidens qui appartiennent incontestablement ici à la lithotritie. Quant à la maladie qui a entraîné la mort, d'après l'examen des organes, elle nous paraît consister dans une altération du sang, plutôt que dans une altération de quelque solide déterminé. Tous ceux-ci étaient à l'état sain, car nous rapportons aux fluides qu'ils contenaient l'état de ramollissement et de putridité rapide dans lesquels ils étaient.

Il faut bien remarquer l'état de la vessie qui paraissait n'avoir éprouvé aucune violence, excepté à son col et dans la portion prostatique de l'urètre où existaient les traces de contusion.

L'expérience seule décidera si des accidens pareils sont assez fréquens à la suite de la lithotritie, pour qu'on soit en droit de les lui attribuer.

De ce fait, on ne peut tirer qu'une conclusion: c'est que la lithotritie n'est point une opération aussi innocente qu'on le dit.

Mais, pour être juste, nous rapporterons le fait suivant, imputable à la taille, et dans lequel probablement la lithotritie n'aurait pas été plus heureuse.

IIe *Observation.* — Un homme de trente-trois ans, cordonnier, d'une forte constitution, avait toujours eu une bonne santé, lorsqu'il fut pris peu à peu des accidens qui indiquaient la présence d'un calcul, il y a six ans environ. Il entra à l'Hôtel-Dieu, le 20 juin; sa constitution n'avait pas été détériorée; il souffrait davantage. Le 27, il est opéré par la taille bilatérale, par M. Sanson. Le lithotome étant ouvert dans sa plus grande envergure, le périnée était très épais, le malade ne perdit que quatre ou cinq onces de sang, mais l'extraction de la pierre fut très pénible : on eut d'abord beaucoup de peine à coiffer la pierre avec les tenettes. Cette pierre était très lourde, offrant vingt-trois lignes dans son plus grand diamètre et vingt-deux dans l'autre; elle était arrondie et extrêmement rugueuse, tout à fait murale. Dès le soir même, douleur dans l'aîne gauche (bain et trente sangsues). Cette douleur, le lendemain, s'étend aux deux aînes; fièvre (saignée, trente sangsues). Les mêmes accidens augmentent d'intensité, ballonnement du ventre (mêmes moyens). Le quatrième jour, frictions mercu-

rielles. Le malade meurt le 3 juillet, et à la mort, on trouve dans le péritoine environ deux onces de sérosité claire, non purulente, sans aucune autre trace d'inflammation. Tout le tissu cellulaire du bassin est infiltré de pus, sans qu'il en existe dans les veines du bassin qui ont été examinées avec soin. La prostate est déchirée du côté gauche, ainsi que la veine du même côté, dans un pouce d'étendue. La membrane muqueuse n'est point ramollie, mais elle est roügeâtre, épaissie; la membrane musculeuse est très épaissie. Les autres organes sont à l'état sain.

Ce fait parle de lui-même et n'a pas besoin de commentaires. Les exemples d'accidens semblables ne sont pas rares dans la science, à la suite de l'opération de la taille.

La taille hypogastrique aurait-elle été plus favorable que la bilatérale? La chose est probable, si l'on ne veut prendre en considération que les dispositions anatomiques.

Jusqu'à présent, depuis le 1er janvier, six tailles ont été pratiquées dans les services de MM. Roux et Sanson.

Trois bilatérales (Sanson), un mort.

Trois latéralisées (Roux), un mort, un guéri, un sorti non guéri.

Une hypogastrique, *id.*, guéri.

Une lithotritie (Roux), sorti non guéri.

—

DES OPÉRATIONS DE HERNIES ÉTRANGLÉES.

On évalue ordinairement à une vingtaine le nombre des opérations de hernies étranglées, qui se font à l'Hôtel-Dieu, dans les trois services de chirurgie, durant le cours d'une année. Mais cette approximation a toujours été faite de mémoire; des relevés exacts ont été rarement tenus; aussi n'est-il pas étonnant que l'on ne sache que d'une manière très approximative le nombre des guérisons. Je tiens de M. Tessier, interne des autopsies de l'Hôtel-Dieu, que, dans les dernières années de M. Dupuytren, sur douze hernies étranglées, la proportion des morts était de dix à onze. Aussi, effrayé de cette mortalité, M. Tessier (dans un Mémoire lu dans la séance annuelle de la société anatomique, 1834) n'hésita pas à proposer la ponction de l'intestin et l'établissement d'un anus contre nature préférablement à l'opération de la hernie étranglée, dans un certain nombre de cas.

J'ai essayé de préciser, par un chiffre plus exact, le nombre des guérisons obtenues cette année, à la suite de l'opération de la hernie étranglée; et voici, sans tenir compte de toutes les circonstances dont il faudrait absolument tenir compte dans un examen plus approfondi, les résultats *bruts*, pour ainsi dire, que j'ai obtenus.

Sur onze cas de hernies opérées, cinq morts. Sur neuf opérés par M. Sanson, trois morts; un par M. Roux, mort; un par M. Robert, mort.

Je ne puis tirer aucune généralisation de la comparaison de ces différens cas, sur lesquels je ne possède point de notes assez détaillées; mais je me bornerai à rapporter quelques uns d'entre eux, qui ont présenté des particularités dignes d'être notées.

1re *Observation.* — Un homme de cinquante-cinq ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le courant du mois de février; il présentait depuis deux jours des accidens d'étranglement, et il portait depuis longtemps une hernie inguinale droite. Un médecin, appelé le second jour, était parvenu à faire disparaître la tumeur sans faire cesser les accidens. A son entrée, M. Sanson, prenant en considération 1° l'existence antécédente d'une hernie et la disparition sans cessation des accidens de l'étranglement; 2° l'introduction du doigt dans le canal inguinal parfaitement libre, et la sensation d'une tumeur heurtant bientôt le doigt lorsqu'on fait tousser le malade; 3° la sensation de cette tumeur à travers les parois abdominales, M. Sanson se décide à pratiquer l'opération. Une large incision est faite dans la direction du canal inguinal qui est ouvert dans toute sa longueur, et par cette ouverture, soit avec des pinces, soit en faisant tousser le malade, on parvint à saisir le sac, qui fut attiré au dehors; alors, ce sac fut incisé; il y eut écoulement de deux onces de sérosité limpide. On aperçut alors une portion d'intestin fortement comprimée par le collet du sac. M. Sanson, à l'aide de deux pinces, fit saisir les lèvres de l'incisure du sac, amena au dehors le collet du sac qu'il incisa ensuite avec des ciseaux. Les accidens de l'étranglement cessèrent dans la journée même, et le malade guérit sans autres accidens que deux petits abcès du scrotum.

IIe Observation. — *Péritonite grave survenue tout à coup chez un individu d'une constitution athlétique, portant une hernie inguinale. — Opération de la hernie. — Mort. — Autopsie. — Perforation spontanée de l'appendice iléo-cœcale* (Observation recueillie par M. Lediberder).

Le 9 mai, à onze heures du matin, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, un homme, âgé de trente-six ans, bottier, d'une taille au dessus de la moyenne, d'une constitution robuste, d'un embonpoint remarquable. Un médecin qui l'accompagnait donna sur lui les renseignemens suivans :

Il n'a jamais eu de maladie antérieure; il porte depuis plusieurs années une hernie inguinale gauche, dont la réduction est habituellement facile.

Le 7 au matin, sans cause appréciable, sans phénomènes précurseurs, il est pris tout à coup d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, d'où elle se répand dans tout le ventre, qui devient ballonné, douloureux au toucher : abattement général, frisson suivi de chaleur, anorexie, nausées, point de vomissement, point de selles depuis dix-huit heures, point de céphalalgie; ces symptômes augmentent graduellement d'intensité.

Un médecin voit le malade à quatre heures du soir, constate les symptômes précédens; réduit la hernie facilement et sans douleur, mais la réduction n'amène aucun ralentissement dans la marche des symptômes (quarante sangsues sur le ventre).

Le lendemain, l'état général a commencé de devenir alarmant. La face est considérablement altérée; affaissement général, vomissement de matières bilieuses, douleur du ventre des plus

vives. On appelle un consultant (saignée du bras, quarante sangsues).

Dans la journée, on sonde le malade.

Enfin, le 9 au matin, quarante-huit heures après le début des accidens, le médecin craignant un étranglement intestinal fait transporter le malade à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, voici en quel état il était :

Affaissement considérable ; face pâle, altérée ; peau froide, légèrement violacée ; pouls petit, presque insensible ; respiration pénible ; ventre tuméfié, couvert de piqûres de sangsues, dont quelques unes coulent encore.

La moindre pression cause de vives douleurs. Dans la région inguinale gauche est une tumeur régulière, descendant un peu dans le scrotum, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à une pression un peu forte, résonnante par la percussion ; nausées ; point de selle depuis la veille du jour du début.

Après l'examen du malade et les renseignemens obtenus, M. Roux, craignant un étranglement sur le collet du sac, et jugeant de la position grave du malade, se décide à l'opération, qui est pratiquée sur-le-champ.

Une incision oblique, de près de cinq pouces, est faite sur la tumeur ; on coupe graduellement les différentes tuniques qui couvrent le sac ; celui-ci est ouvert au moyen de la pince et d'une petite incision en dédolant. Il ne sort point de liquide à cette ouverture ; au moyen de la sonde cannelée et du bistouri, le sac est ouvert largement en haut et en bas, et à travers l'incision sort une anse intestinale rosée, lisse, parfaitement saine, facile à réduire sans débridement. Pendant la réduction, il s'écoule du ventre un flot de liquide roussâtre opaque.

Le pansement est fait avec une compresse de linge fin, qui forme une petite poche enfoncée dans l'anneau. On remplit cette poche avec de la charpie ; le tout est maintenu par quelques compresses et un spica de l'aîne.

Le malade est transporté dans un lit de la salle Sainte-Marthe.

Les accidens continuent leur marche ; des vomissemens de matières jaunes ont encore lieu ; le malade succombe à six heures du soir.

Autopsie, quarante heures après la mort.

La cavité du péritoine contient environ un demi-litre d'un liquide jaune grisâtre, mêlé de flocons jaunâtres. Les viscères, et surtout le foie et les intestins sont couverts de fausses membranes jaunâtres, épaisses d'un quart de ligne environ, s'enlevant par lambeaux en raclant doucement avec le scalpel ; se déchirant par la traction faite au dessous. La surface interne du péritoine a perdu son poli ; elle est recouverte par un grand nombre de villosités.

Les intestins très volumineux, d'un pouce et demi à deux pouces de diamètre, sont libres dans toute leur étendue ; leur surface libre est parcourue par de longues bandes d'un rose vif, existant sur les côtés, dans les points qui sont ordinairement en contact les uns avec les autres. Ces bandes dues à une arborisation très fine, ont quelquefois la longueur d'un pied, et leur largeur est de quatre à six lignes.

L'appendice iléo-cœcale est collé aux anses de la fin de l'iléon par des adhérences de nouvelle formation et très faciles à rompre. Il est un peu distendu. A sa base est une ouverture assez régulièrement arrondie, de deux lignes de diamètre, à bords frangés, d'une couleur jaune terne, ramollis dans l'étendue d'une ligne.

Cette ouverture laisse échapper une matière grisâtre un peu épaisse, bien liée, remplissant la cavité de l'appendice.

Cette cavité n'offre aucune autre perforation. Tout le reste de son étendue est de la couleur et de la consistance des intestins. Il n'existe aucune communication avec l'intestin.

Autour de l'appendice, les ganglions mésentériques les plus inférieurs, au nombre de cinq, offrent un volume plus considérable qu'à l'ordinaire, presque sphériques ; leur diamètre varie de six à quatre lignes ; d'un rose grisâtre à l'extérieur. Ils sont composés d'une matière solide, d'un jaune pâle, d'un aspect terne mat, grenue, s'écrasant sous le doigt comme la pulpe de pomme de terre (tubercule).

L'estomac, les intestins, n'offrent point de changemens bien notables dans leur cavité : ni rougeur vive, ni ramollissement, ni ulcération. Les plaques de Peyer peu nombreuses et peu saillantes, présentent leur couleur et leur consistance normales.

Le foie est un peu moins ferme qu'à l'ordinaire.

La rate est dans un état de demi-diffluence. Les reins, la vessie sont complétement intacts. La poitrine est régulièrement conformée. Les poumons sont adhérens à leur sommet dans une très petite étendue ; ces adhérences sont dues à des brides très solides et difficiles à rompre.

Le poumon droit est complétement sain. Les vésicules ne présentent nulle part d'emphysème ; point de matière tuberculeuse, point de granulations grises demi-transparentes.

Le poumon gauche offre, de plus que le droit, au sommet de son lobe supérieur, deux petits tubercules, du volume d'un petit pois ; au centre, de la matière jaune terne demi-crétacée ; la coque du tubercule est assez dure, grisâtre ; le tissu pulmonaire ne présente autour aucune altération.

Les ganglions bronchiques contiennent de la matière tuberculeuse exactement identique à celle rencontrée dans les ganglions mésentériques.

Le péricarde, le cœur ne présentent rien à noter.

Rien dans le cerveau ni dans ses membranes. La substance cérébrale est partout d'une bonne consistance.

—

Cette observation est remarquable à plus d'un titre : chez un homme d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, surviennent tout à coup des symptômes d'une péritonite sur-aiguë, accompagnée de vomissemens bilieux et de suppression des selles. Cet homme porte une hernie, dont la réduction en masse n'apporte aucun soulagement. Comment expliquer ces phénomènes ? Pourrait-on admettre une péritonite simple franchement inflammatoire, chez un individu qui, peu avant le début, paraissait jouir d'une santé parfaite ? Dans le cas contraire, quelle est la cause de la péritonite ? Rien ne pouvait dans les antécédens faire soupçonner une perforation spontanée : l'aspect seul du

malade repoussait toute idée de tubercules. Il fallait donc presque nécessairement faire remonter la cause à un étranglement, et cette idée admise, il fallait opérer; et c'est ce que fit avec raison M. le professeur Roux.

En face de faits semblables, la chirurgie qui persiste à s'isoler encore aujourd'hui, et qui vante la sûreté de son diagnostic, par rapport à l'incertitude du diagnostic médical; cette chirurgie doit être bien confuse; et que d'autres erreurs, sans reproche, ne commet-elle point journellement! Pour ne pas sortir d'exemples semblables à celui que nous venons de rapporter:

IIIe *Observation.* — Une femme, qui était couchée dans un autre service, à l'Hôtel-Dieu, fut prise d'accidens semblables à ceux que présentait le sujet de l'observation précédente. Les vomissemens étaient même de nature plus stercorale. Cette femme portait une hernie ombilicale qui se réduisait facilement. On ne savait à quoi attribuer les accidens. On soupçonnait un étranglement interne; mais lequel? L'autopsie montra un étranglement d'une hernie crurale, qu'on était loin de soupçonner.

Nous croirions puéril d'insister sur cette vaine question de certitude, plus grande dans la chirurgie que dans la médecine; c'est là un de ces lieux communs qu'il faut souffrir dans le vulgaire, pour remplir les vides de la conversation, quand le vulgaire est assez dénué de jugement pour converser d'une chose qu'il ne peut entendre.

En admettant même, comme division artificielle et purement scholastique, la division des maladies internes et des maladies externes, sous les titres de médecine et de chirurgie, dans l'état actuel de la science, nous croyons que sans hérésie, sans paradoxe, on pourrait soutenir que la médecine est bien plus explorée, plus éclairée, plus sûre, plus complète, que la chirurgie. Quelle est l'affection, dite chirurgicale, dont l'histoire soit aujourd'hui aussi bien faite que celle de la pneumonie, de l'affection typhoïde, de l'emphysème et de la péricardite? Quelle confusion au contraire dans l'histoire des maladies chirurgicales! On n'y sait la valeur exacte de rien, ni des symptômes, ni des altérations, ni des opérations. La plaie de notre science, — le charlatanisme, — est encore pire en chirurgie qu'en médecine.

C'est qu'aujourd'hui, tandis que la médecine est ramenée et maintenue par une main ferme dans les voies de l'observation, tandis qu'elle perfectionne sa méthode, fixe sa marche, se pose en science, quitte les allures de métier, et renonce à tout jamais à l'hypothèse et aux systèmes, la chirurgie, la véritable chirurgie, l'étude des maladies externes, sous le rapport du pronostic et du diagnostic, reste telle qu'elle a été dégrossie par l'ancienne Académie de chirurgie et par quelques travaux ultérieurs. Personne ne songe à lui donner cette perfection des détails, cette rigueur des approximations, qui est la dernière main dans les sciences d'observation.

La chirurgie a fait fausse route; elle s'est échappée et perdue dans l'art opératoire, et encore souvent dans l'art d'opérer le cadavre, et non le vivant. Pour cet art, il est aujourd'hui arrivé au comble de la perfection. On sait tous les points par où une partie est pénétrable, qui donne le lambeau le plus long, qui ménage mieux l'artère. Les méthodes, les procédés, les sous-procédés abondent: la petite opération de la pupille artificielle en compte plus de soixante. Il y en a qui donnent aux élèves le mauvais exemple d'une dextérité vraiment merveilleuse, et entre les mains desquels le couteau éblouit; le sabre d'un janissaire est moins rapide. Mais d'apprécier, par l'observation, l'observation véritable au lit des malades, les méthodes et les procédés appliqués aux vivans; d'étudier les affections diverses qui peuvent succéder aux opérations; de mieux préciser l'opportunité de ces opérations; d'en balancer la nécessité: voilà ce dont bien peu d'esprits s'occupent aujourd'hui.

Quant au cas présent, il est encore remarquable, sous le rapport de la lésion qui a entraîné la mort, *la perforation de l'appendice iléo-cœcale.* Cette perforation était produite par une ulcération tuberculeuse, bien reconnaissable aux débris de matière tuberculeuse qu'on trouvait autour de ses bords. Cette sorte de perforation n'est point une altération très rare. J'en ai entendu citer plusieurs exemples par M. le professeur Chomel dans ses leçons cliniques. M. le docteur Menière, agrégé de la Faculté, en a publié quelques autres dans les *Archives.*

N'est-ce pas aussi une chose remarquable que la présence des tubercules, chez un sujet robuste, d'une bonne santé, et qui se trouvait dans des conditions tout à fait contraires à celles qui sont réputées favorables à la diathèse tuberculeuse? Cet exemple de tubercules, chez de pareils sujets, n'est pas le seul que nous possédions.

A la fin de ce mois de septembre, on apporta mort, à l'Hôtel-Dieu, un maçon, qui était tombé des galeries de Notre-Dame. Cet homme était d'une constitution véritablement athlétique, et à l'autopsie nous trouvâmes plusieurs noyaux tuberculeux dans les poumons; ces tubercules avaient la dimension de petites noisettes et n'étaient point ramollis.

Au mois de février, mourut, dans la salle Sainte-Marthe, un brasseur, qui, étant ivre et descendant dans une cave le long d'une échelle, voulut y porter à bras tendus un petit tonneau de bière. Vers les dernières marches, le pied lui manqua, et dans sa chute, le tonneau lui brisa le crâne. Il mourut des suites d'une contusion du cerveau et de l'inflammation des méninges. J'en fis l'autopsie, et chez cet homme, qui était si fort, je trouvai une petite caverne tuberculeuse au sommet de l'un des poumons et quelques tubercules dans l'autre.

Dans son dernier ouvrage sur la phthisie, M. le docteur Clarke, de Londres, dit avoir trouvé des tubercules dans les poumons des boxeurs.

La valeur de cette production morbide n'est encore bien connue que dans la phthisie confirmée.

E. Rufz, D.-M.,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

MANUEL DES MALADIES SPÉCIALES DE LA PEAU, *par* C.-M. GIBERT, *agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin du Bureau Central des hôpitaux, etc.* Paris, 1834; Deville Cavellin.

On a eu beau dire du mal des Manuels; on a beau en dire encore; les Manuels prospèrent. Ils sont un besoin d'une époque qui veut savoir beaucoup de choses, et apprendre à bon marché. Les Manuels ont pour eux le libraire et l'acheteur, l'un qui n'achète que s'il est sûr de vendre; l'autre qui n'achète que parce qu'il est sûr de ne pas trop payer. Or, quand on considère quel est dans le monde médical le public lisant, et par cela même achetant des livres, on est bientôt convaincu, qu'excepté l'étudiant en médecine qui, par état, par position, par nécessité, est forcé de lire, l'autre partie de ce monde, la partie la plus populeuse, celle des praticiens, en un mot, lit fort peu ou pas du tout. Les praticiens, en général, parcourent les journaux, lisent le sommaire ou la table des matières, s'arrêtent à quelques faits ou aux nouvelles qui les intéressent, et voilà tout. Les uns n'ont pas le temps, les autres n'ont pas la volonté de lire. Voilà ce qui explique le triste sort des monographies, et le triomphe des Manuels. Les monographies sont pour les praticiens; les manuels pour les étudians. Or, on sait qu'en principe général les approvisionnemens arrivent là seulement où se fait la consommation. Tout à rebours de nos mœurs actuelles, les médecins, nos devanciers, lisaient beaucoup, même ceux que la pratique occupait fort; aussi était-ce alors le règne de ces in-folios que nos gazettes ont aujourd'hui détrônés, et qui ne sont plus que pour la forme dans les rayons inférieurs des bibliothèques médicales. Ainsi donc, bien que l'auteur du livre dont il est ici question semble croire que les manuels ont fait leur temps et prenne à tache de se justifier d'en avoir commis un, il nous paraît au contraire, en raison des motifs que nous avons allégués plus haut, que ces sortes d'ouvrages seront long-temps encore en possession d'obtenir la faveur des libraires et des acheteurs, surtout, lorsque traitant, comme celui de M. Gibert, d'un sujet peu étendu et bien circonscrit, ils présenteront un résumé exact et consciencieux des faits qui s'y rattachent et des progrès que la science a pu faire dans cette direction.

M. Gibert a intitulé son livre *Manuel des maladies spéciales de la peau.* Le mot *spécial*, consigné dans le titre, paraît indiquer par cela même que l'intention de l'auteur a été d'éloigner du cadre qu'il s'est tracé, l'histoire des maladies dans lesquelles les phénomènes morbides observés sur l'enveloppe tégumentaire, ne constituent qu'un des élémens d'une maladie générale. Ainsi, les affections générales aiguës, désignées par beaucoup d'auteurs sous le nom de fièvres éruptives, ne se trouvent point décrites dans son ouvrage, l'auteur les regardant comme suffisamment étudiées et décrites dans tous les Traités de Pathologie. J'avoue que, sous ce dernier rapport, M. Gibert a pu avoir raison de ne pas faire entrer dans son Manuel l'histoire de l'érysipèle, de la rougeole, de la variole, etc.; mais c'est à coup sûr moins à cause de leur non spécialité, que parce que ces maladies sont généralement bien connues, que cette lacune fait peu de tort à son livre. Si M. Gibert n'avait réellement voulu traiter que des maladies *spéciales* de la peau, comme le porte le titre de son Manuel, son cadre à coup sûr eût été fort restreint; car il est bien peu d'affections cutanées qui ne se lient à un état général et qui ne soient, en quelque sorte, l'expression, ou si l'on veut la traduction de l'action d'une cause qui, depuis un temps plus ou moins long, a agi sur l'économie tout entière. A ce titre, les syphilides, la dartre rongeante ou lupus, le purpura, par exemple, auraient dû également être éliminés d'un ouvrage uniquement consacré aux maladies spéciales de la peau, ce qui veut dire rigoureusement maladies où la peau seule est malade; mais on voit de suite quelle lacune une pareille omission eût opérée dans un ouvrage de la nature de celui-ci; et l'auteur a fort bien fait, à mon sens, de ne pas rester trop fidèlement astreint au titre qu'il a choisi pour son livre. Ainsi donc, le mot spécial me paraît avoir été adopté plutôt pour faire un titre qui ne ressemblât pas tout à fait aux autres, que pour répondre à une idée tout à fait juste et rigoureuse; et, pour ma part, la spécialité du titre m'a semblé ici de peu d'importance. Quant au parti qu'a pris l'auteur de ne pas décrire dans son ouvrage les exanthèmes fébriles ou les fièvres dites éruptives, j'ai déjà dit que je concevais son motif, puisque ces maladies sont en général bien décrites dans les Traités de Pathologie. Toutefois, il est une partie importante de l'histoire de ces maladies qui ne se trouve pas dans ces autres Traités, c'est leur diagnostic différentiel, point si important, si essentiel de la pathologie cutanée. Or, il eût été à propos dans un ouvrage ayant un but éminemment pratique, de donner quelques détails à ce sujet, et de ne parler de ces maladies que sous ce dernier rapport, renvoyant pour le reste de leur histoire aux Traités généraux. En effet, le diagnostic de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de la varioloïde, n'est pas toujours facile au début de ces affections, et je me rappelle avoir vu, à l'hôpital Saint-Louis, prendre une variole commençante pour une syphilide papuleuse.

Après ces remarques préliminaires, je vais dire deux mots du plan qu'a adopté l'auteur, de la manière dont il procède et de l'ensemble de son ouvrage.

La première partie de ce Manuel offre des considérations générales relatives aux maladies de la peau. L'historique de ces maladies, leur siége dans les différentes couches de l'enveloppe tégumentaire, leurs causes générales, l'étude anatomique des tissus malades, le traitement général, applicable aux dartres sont autant

de divisions constituant cette première partie. L'auteur aborde ensuite la grande question des classifications, question de nos jours si féconde en controverses scientifiques parmi les auteurs qui se sont particulièrement occupés de pathologie cutanée. Après avoir fait connaître les dénominations que les Anciens avaient imposées à plusieurs maladies de la peau, sans établir pour elles une classification méthodique, M. Gibert fait connaître successivement la première classification de M. le professeur Alibert, et celle qu'il a adoptée depuis peu, en modifiant la première. Celle de Willan, dont Batemann a donné le précis, a été préférée et suivie par l'auteur. Au reste, M. Gibert a eu le soin de rappeler sans cesse, en parlant des espèces, la synonymie des termes adoptés par les différens auteurs; et nous approuvons complétement une pareille méthode. M. Alibert a, comme on sait, établi douze ordres principaux de dermatoses, savoir : les dermatoses eczémateuses, exanthémateuses, teigneuses, dartreuses, cancéreuses, lépreuses, véroleuses, strumeuses, scabieuses, hémateuses ou pétéchiales, dyschromateuses et hétéromorphes, c'est-à-dire affectant des formes bizarres. M. Gibert a préféré suivre les huit ordres de Willan, savoir : les exanthèmes, les bulles, les vésicules, les pustules, les papules, les squammes, les tubercules et les taches. Entrant dans l'histoire des espèces, M. Gibert a décrit les différentes maladies qui plus ou moins naturellement ont été rattachées à ces différens ordres. Toutefois, au lieu de traiter à part des syphilides, il a fait, à propos de chacun des ordres de la classification préférée par lui, l'histoire de l'espèce de syphilide qui s'y rattache : ainsi, par exemple, à l'ordre des exanthèmes, il traite de la syphilide exanthématique; à l'ordre des pustules, de la syphilide pustuleuse, etc., parce qu'en effet toutes les formes élémentaires sur lesquelles est fondée la classification anglaise peuvent être reproduites par la syphilis. A la fin de l'ouvrage se trouve un résumé fort bien fait de l'histoire générale des syphilides.

M. Gibert a généralement décrit avec exactitude et précision les différentes espèces appartenant aux différens ordres. Son érudition se montre dans le soin tout particulier qu'il prend de rechercher le sens étymologique de la plupart des noms imposés aux maladies dont il traite, et dans les citations heureuses qu'il fait de plusieurs passages d'auteurs anciens. En général, après l'étymologie, l'auteur donne la définition du mot, en indiquant les caractères les plus saillans de la maladie que ce mot sert à désigner, Vient ensuite l'exposition des causes les plus habituelles, la description générale de la maladie, son diagnostic différentiel et son traitement. Cette dernière partie a été traitée avec soin par l'auteur, qui insiste souvent sur les détails thérapeutiques, et qui a su jeter à propos dans son livre un assez grand nombre de formules fréquemment usitées à l'hôpital Saint-Louis. Ces formules, sans avoir par elles-mêmes une grande importance, offrent toutefois aux praticiens peu versés dans le traitement des maladies de la peau une ressource souvent précieuse. Nous ne pouvons entrer ici dans des détails qui rendraient cette analyse beaucoup trop étendue. Seulement, nous ferons remarquer combien dans un court espace de temps les progrès de la science font parfois vieillir rapidement les ouvrages scientifiques, ou tout au moins quelques unes de leurs parties. Ainsi, l'année dernière, vers cette époque, l'acarus de la gale chez l'homme était regardé par les meilleurs observateurs comme un être chimérique, ou le produit d'une mystification scientifique. M. Gibert partageait cette opinion, et l'a énoncée dans son ouvrage. Aujourd'hui tout le monde a vu l'acarus que M. Renucci nous a appris à trouver, et l'existence du ciron de la gale est un fait qu'il faut admettre, parce qu'il est désormais irrécusable.

En résumé, le Manuel des maladies de la peau du docteur Gibert est un ouvrage dans lequel l'érudition et une saine critique s'unissent à une bonne méthode. Il est déjà entre les mains d'un grand nombre d'étudians, et beaucoup de praticiens profiteront de sa lecture, à défaut des Traités *ex professo* écrits sur cette matière, Traités dont ce Manuel résume d'ailleurs les idées ou les données thérapeutiques les plus essentielles.

J. SABATIER.

—

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHARMACOLOGIE, *par* M. Cottereau, *agrégé près la Faculté de médecine de Paris.*

Le *Traité élémentaire de pharmacologie* de M. Cottereau, n'est que l'exposé des leçons faites par ce médecin, soit dans ses cours particuliers depuis longues années, soit à l'école de médecine de Paris depuis 1830.

Son ouvrage est divisé, suivant le mode adopté par le plus grand nombre des pharmacologues de notre époque, en trois livres consacrés : le premier, à la *pharmacomathie*, ou matière médicale; le deuxième, à la *pharmacotechnie*, ou art de préparer les médicamens; le troisième, à la *pharmacodynamie*, ou appréciation des propriétés des unes et des autres. Nous allons passer successivement en revue les matières traitées de chacune de ces grandes coupes.

1. *Pharmacomathie.*

Ce premier livre comprend :

1° La connaissance générale des substances médicamenteuses simples, c'est-à-dire fournies par la nature;

2° Le choix qu'on en doit faire, et sous ce titre se trouve compris tout ce qui est relatif à la collection des minéraux, des végétaux et des animaux;

3° La préparation de ces substances, considérée sous le rapport de l'émondation, de la dessiccation, du triage et de la purification;

4° La classification d'après les meilleurs auteurs d'histoire naturelle;

5° L'étude des principaux caractères spécifiques de ces diverses substances;

6° Enfin, l'indication des moyens à l'aide desquels on peut parvenir à les conserver sans altération jusqu'au moment où ils doivent être renouvelés.

2. *Pharmacotechnie.*

Ce second livre, qui forme à lui seul la plus grande partie de l'ouvrage, traite :

1° De l'étude des formes générales. L'auteur, après avoir examiné dans ce paragraphe les diverses formes que l'on donne aux substances simples pour les rendre propres aux usages de l'art de guérir, et après avoir indiqué la concordance des nouvelles et des anciennes dénominations pharmaceutiques, fait voir que l'on avait confondu, avec ces manières d'être spéciales des médicamens, un certain nombre de modes d'administration qu'il a soin d'en retrancher, pour les examiner plus tard, dans la pharmacodynamie ;

2° Des modes généraux de préparation. Ces modes sont au nombre de cinq : la *division*, l'*extraction*, la *mixtion*, la *combinaison* et la *manutention* ; et, grâce à l'addition du dernier, ils comprennent actuellement toutes les opérations de pharmacie, sans qu'on soit obligé, comme on l'avait été jusqu'ici, de reléguer dans un appendice certains procédés préparatoires tout à fait distincts des quatre premiers ;

3° De la classification des médicamens. Ici, l'auteur, se modelant sur MM. Carbonnel, Chereau, Henry et Guibourt, Béral, a utilisé les travaux de ses devanciers et les a dépassés en distribuant, sans le secours d'aucun appendice, tous les médicamens connus et possibles en dix-sept classes, dont les cinq premières *anokémiques*, c'est-à-dire purement basiques ou sans excipient ; les dix suivantes *délokémiques*, c'est-à-dire à excipient fixe ; la seizième *pocilokémique*, ou à excipient variable, et la dix-septième enfin, *anomale*, ou à base et excipient le plus souvent indéterminés.

4° Des préparations particulières qui se rapportent à chacune des classes. Ces dernières sont rangées dans l'ordre suivant : *minérobasie*, *phytobasie*, *zoobasie*, *chimicobasie*, *polybasie*, *œnolie*, *brytolie*, *éthérolie*, *oxéolie*, *saccharolie*, *hydrolie*, *myrolie*, *liparolie*, *stéalie*, *pocilokémie et anomalie*.

5° Enfin, des règles qui doivent présider à la réposition des divers médicamens en particulier, pour en assurer la conservation.

3. *Pharmacodynamie.*

Ce dernier livre a pour objet :

1° La classification des propriétés pharmacologiques des médicamens. Sous ce rapport, l'auteur divise ces derniers en *caustiques*, *inflammans*, *astringens*, *toniques*, *stimulans*, *évacuans*, *narcotiques*, *atoniques et spécifiques*. Les inflammans sont eux-mêmes divisés en *rubéfians* et en *épispastiques* ; les stimulans en généraux et en spéciaux (*sudorifiques*, *sternutatoires*, *expectorans*, *fondans*, *sialagogues*, *diurétiques*, *emménagogues*, *aphrodisiaques*, *tétaniques*) ; les évacuans en *émétiques* et en *purgatifs* ; les atoniques en *tempérans* et en *émolliens*, et les spécifiques en *neutralisans* (absorbans et antidotes, *antipériodiques*, *anti-syphilitiques*, *anti-psoriques et anthelmintiques* ;

2° L'étude de ces mêmes propriétés ;

3° Les modes d'administration des médicamens, considérés sous le double point de vue des voies d'introduction dans l'économie (par la peau, par les membranes muqueuses, par les veines et par l'épaisseur des organes) et des doses auxquelles ils peuvent être donnés ;

4° Enfin, l'art de formuler.

Tel est l'ouvrage de M. Cottereau. La clarté de la méthode le rend précieux, surtout à ceux qui commencent l'étude de la pharmacologie ; et il serait à souhaiter que tous les pharmaciens le connussent bien ; ils pourraient se dispenser d'une multitude de livres qui encombrent leur bibliothèque ou qui surchargent inutilement leur mémoire. A. T.

—

Séance publique de la Société royale de médecine, de chirurgie et pharmacie de Toulouse, tenue le 7 mai 1835.

Il serait difficile de donner une analyse de la brochure que nous annonçons ; elle n'est, elle-même, qu'un résumé très rapide de tous les travaux exécutés par la société de médecine de Toulouse dans le courant de l'année académique 1834-1835. Plus ces travaux sont nombreux, plus aussi le rapport a dû en être succinct, puisqu'il a été fait pour être lu devant la société, lors de sa séance publique annuelle.

Toutes les branches de l'art de guérir y sont passées en revue. Dans l'impossibilité où nous sommes d'entrer dans des détails circonstanciés sur les faits rapportés, nous nous contenterons de dire que ce qui nous a principalement frappés dans le rapport, c'est : 1° Le projet d'établir entre la société médicale de Toulouse et les académies de l'Espagne et du Portugal, une correspondance active. Certes, si ce projet était accueilli, comme il le mérite, par les académies nombreuses de la Péninsule, il pourrait être un jour fécond en utiles résultats. Espérons que les obstacles apportés jusqu'ici par les autorités espagnoles, à son accomplissement, seront promptement levés. 2° Le résumé des travaux de MM. Fourquet, Dieulafoy, Quatrefage, Parpère, Viguerie et Cep, sur la lithotritie, que ces chirurgiens ont importée à Toulouse ; les considérations judicieuses de M. Cany, président de la société, sur l'influence des salles d'asile, établies récemment à Toulouse, sur la santé, l'éducation et l'avenir des enfans ; 4° enfin, le rapport de M. Bessières, sur la constitution médicale observée à Toulouse depuis le 1er mai 1834, jusqu'au 1er mai 1835 ; rapport qui montre dans son auteur autant d'instruction que de tact médical.

Il serait à désirer que beaucoup de villes en France établissent des sociétés analogues à celle de Toulouse. L'art gagnerait à ce continuel échange de lumières entre les hommes qui le cultivent avec le plus d'éclat, et les médecins verraient bientôt s'établir entre eux des rapports d'amitié aussi agréables pour eux que profitables à l'humanité.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Juillet* 1835.)

Thérapeutique médicale. — 1° De l'emploi des préparations de colchique dans le traitement de la fièvre rhumatismale, par M. *Constant;* — 2° De l'acétate de plomb dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. *Fuster;* — 3° Considérations sur la nature, le siége et la thérapeutique du rhumatisme, par M. *Rev. Parise;* 4° Du traitement des affections du col utérin, par M. *Emery* (travail non terminé).

Thérapeutique chirurgicale. — 1° De la strychnine dans le traitement de l'amaurose; 2° Du traitement des fractures du col du fémur sans astreindre le malade à garder le lit, 3° Du traitement du cancer de la langue à l'aide de la ligature; 4° De l'amputation du pied au dessus des malléoles, pour permettre l'usage d'un pied artificiel.

De l'emploi des préparations de colchique dans le traitement de la fièvre rhumatismale, par M. Constant.

Ce qui a dû nous surprendre à la lecture de cet article, ce n'est pas que l'usage de la teinture de semences de colchique y soit vanté dans le traitement de la fièvre rhumatismale, mais qu'il y soit vanté d'après des faits observés à la clinique de M. Chomel : car nous les avons vus, ces faits; car nous avons entendu le professeur s'en expliquer dans ses leçons, et ses conclusions ne sont pas celles de M. Constant. Nous lisons encore dans nos notes du résumé fait à la clôture de l'année scholaire de tous les faits observés depuis l'ouverture de la clinique, à l'article *rhumatismes aigus : Les préparations de colchique ont été essayées sans avantage.*

Quoi qu'il en soit, deux exemples de guérison sont ici cités en faveur de cette médication. Le premier est celui d'un homme chez qui l'affection a cessé après plus de trois semaines : deux saignées du bras et une application de sangsues avaient été faites dans les premiers temps de la maladie. Vers le quinzième jour, le colchique est employé plusieurs fois de suite, et la cessation des douleurs et de la fièvre avait lieu à l'époque que nous avons indiquée. Il n'y a rien à conclure de ce fait où le traitement a été complexe et le sujet guéri après un temps qui est assez souvent celui de la durée naturelle de la maladie. Le second fait ne se prête guère plus à des conclusions favorables au colchique.

Disons toutefois et sans avoir égard à ces faits et aux expériences de M. Chomel, que la médication purgative (par le colchique, ou tout autre remède purgatif) est une des plus utiles dans le traitement de la fièvre rhumatismale articulaire. Nous ne connaissons aucun agent, ni aucun système de moyens qui guérisse, c'est-à-dire qui interrompe évidemment et sûrement, la marche du rhumatisme articulaire aigu; mais l'emploi des purgatifs répété à certains intervalles dans le cours de cette affection, la liberté du ventre constamment entretenue par des minoratifs, est une des médications les plus propres à conduire paisiblement le rhumatisme à son terme le plus rapproché et le plus heureux.

De l'emploi de la strychnine dans le traitement de l'amaurose.

Nous ne nous arrêtons à ce petit travail que pour signaler deux circonstances particulières qui, si elles viennent à être de nouveau constatées, méritent d'être bien connues de ceux qui emploient les préparations de noix vomique contre l'amaurose. C'est par la voie endermique que le praticien auteur de ce mémoire a fait pénétrer la strychnine dans l'économie. Cette manière d'agir a l'avantage de joindre l'utilité du vésicatoire appliqué au dessus des sourcils (moyen qui, à lui seul, peut déjà revendiquer la cure de quelques amauroses) à l'utilité plus certaine encore du médicament excitateur qui semble alors être plus directement porté par l'absorption aux parties qu'il doit ranimer. Les particularités plus neuves que nous avons à indiquer sont celles-ci : Parmi les effets qui suivent l'administration endermique de la strychnine, le plus important est la perception d'étincelles plus ou moins nombreuses et plus vives dans le fond des deux yeux et surtout dans l'œil du côté où est placé le vésicatoire. Si ces étincelles n'existaient pas, on devrait mal augurer du succès du traitement. La qualité des étincelles est aussi une chose digne de remarque : elles sont quelquefois noirâtres, d'autres fois blanches ou rouges. Les étincelles rouges sont les plus avantageuses. Si elles sont trop éclatantes il faut tempérer les doses de strychnine. Quelquefois les étincelles, qui ont été fréquentes les premiers jours, se suppriment et ne reparaissent pas, même en augmentant les doses de strychnine; il faut alors joindre au traitement des frictions sur le sourcil et la paupière inférieure avec une teinture fortement chargée de cet alkaloïde. Si, malgré cette addition, les étincelles se suppriment encore, on se trouve bien d'un vomitif. Après les secousses qu'il détermine, les étincelles recommencent et continuent. Nous répétons qu'il y aurait grand profit à ce que ces deux singularités du traitement de l'amaurose par la noix vomique se vérifiassent et fissent désormais partie des conditions de cette médication.

—

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Suite de Juillet* 1835.)

Mémoire sur les maladies du système lymphatique, par M. Velpeau.

C'est l'inflammation des vaisseaux blancs qui est particulièrement étudiée dans ce long mémoire. L'étiologie, le diagnostic spécial et différentiel, le traitement sont les points que M. Velpeau s'est le plus attaché à éclairer. Il annonce au commencement de son travail qu'il le divise naturellement en deux sections; l'une pour le système lymphatique en général, l'autre pour les lymphatiques pris dans chaque région du corps. Nous ignorons ce qui a pu engager l'auteur à oublier de justifier cette division, car

elle n'est que promise, et nulle part dans le reste du mémoire il ne s'y est conformé. M. Velpeau semble aussi ne s'être pas rappelé que la division de son sujet indiquait une section consacrée à l'étude des maladies des ganglions et séparée de l'étude des maladies des vaisseaux eux-mêmes.

Etiologie.

L'auteur la fait principalement reposer sur l'absorption ou l'imbibition de fluides altérés ou produits par l'inflammation, et parcourant les vaisseaux lymphatiques de la périphérie au centre du système constitué par leur assemblage et leurs dépendances. Bien entendu que ce système n'est pas à l'abri des causes générales de l'inflammation, comme les contusions, les solutions de continuité, etc., etc. Mais l'étiologie que l'auteur a surtout intention d'établir, parce qu'elle est de beaucoup la plus commune et aussi la plus intéressante, c'est l'absorption et le transport du pus et d'autres liquides, dont le contact est anormal et irritant pour les vaisseaux blancs, et va, conduit par eux, dans le torrent circulatoire empoisonner tout l'organisme. Sous ce rapport, dit l'auteur, l'inflammation des lymphatiques offre deux variétés très distinctes, suivant que les liquides altérés qui la causent sont à l'abri du contact de l'air, ou qu'ils ont subi ce contact primitivement ou consécutivement. Nous pensons que dans ce cas l'inflammation est peu à considérer, et en la supposant plus intense dans la seconde de ces conditions, ce n'est pas de cette intensité que naîtront les phénomènes généraux graves et mortels, mais de l'infection plus délétère et plus anti-vitale apportée au sang par des fluides plus impurs. Certainement la différence sera grande dans ces deux circonstances, mais il nous paraît injuste d'asseoir cette différence sur celle de l'inflammation et de rendre celle-ci responsable d'accidens que la nature des fluides absorbés détermine bien plus probablement.

Malheureusement les cas où les fluides altérés sont décomposés et rendus plus vénéneux par le contact de l'air, sont aussi ceux où l'absorption se fait le plus facilement : car alors nécessairement de nombreux vaisseaux lymphatiques ont été divisés, et leurs orifices béans qui plongent dans leurs foyers purulens et autres ne peuvent manquer de faire pénétrer dans la circulation des produits viciés. On conçoit que cette funeste absorption est moins facile, lorsqu'une collection de liquides est partout enveloppée de parois qui ne se sont jamais ouvertes à l'influence de l'atmosphère, et surtout qu'elle y soit plus innocente en raison des qualités inoffensives des fluides. Dans ces cas, où il n'existe pas de solution de continuité, l'inflammation des parties peut, indépendamment de l'absorption de pus et d'autres matières, se développer de l'extérieur à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques par la seule raison que ceux-ci traversant des tissus enflammés finissent par s'enflammer eux-mêmes.

M. Velpeau suppose aussi qu'ils peuvent alors contracter la phlegmasie *par obstruction ou par trouble de leur circulation ;* il nous semble qu'on peut très bien se passer de cette hypothèse superflue.

Si on réfléchit que des vaisseaux lymphatiques se trouvent partout en très grande quantité, on doit être étonné de la rareté proportionnelle de l'angioleucite (c'est ainsi que M. Velpeau appelle l'inflammation des capillaires blancs) : c'est qu'indépendamment des causes occasionelles qui sont si fréquentes, cette inflammation exige, dans l'individu soumis à l'action des causes occasionelles, une prédisposition particulière du système lymphatique.

Symptômes locaux.

Ils diffèrent suivant que la phlegmasie occupe le plan superficiel ou le plan profond des vaisseaux lymphatiques. Dans le premier cas, la cause en est presque toujours dans quelque inflammation ou suppuration, souvent à peine constatable, des tégumens. Par quelque influence que ce soit, cette lésion s'est exaspérée ou s'est affaissée, et ses produits se sont taris ou dénaturés. Un érythème se remarque alors autour de la plaie, et fréquemment très loin et au dessus d'elle. Cet érythème est sous forme de stries, de rubans, de plaques, tout cela fort tortueux et entre-croisé, circonscrivant des portions de peau saines. Toutes ces configurations d'un rouge plus ou moins vif, depuis le rose jusqu'au violet, finissent par se grouper, par se confondre et former un véritable érysipèle. Ces phlegmasies éclatent en plusieurs points à la fois, en sorte que le malade semble être attaqué simultanément d'un grand nombre d'érysipèles. La douleur âcre et brûlante précède quelquefois l'apparition de la rougeur ; cette douleur n'est ni pulsative, ni lancinante, ni pongitive ; elle ressemble plutôt à celle que produit l'insolation. Les tissus conservent une certaine souplesse ; puis bientôt ils s'œdématient et s'infiltrent. Comme dernier caractère, arrive le gonflement des ganglions qui reçoivent les lymphatiques enflammés ; c'est un des plus constans.

Si le plan profond des vaisseaux blancs est primitivement enflammé, c'est la douleur qui éveille d'abord l'attention du médecin ; elle est profonde, fixe et lancinante ; puis, le mal s'étendant, elle se fait sentir successivement ou simultanément dans d'autres points et surtout inégalement dans les nombreux foyers où elle est disséminée. Puis vient le gonflement se propageant de l'intérieur à l'extérieur, sous forme de masses, de noyaux épais ; s'il se généralise, on y reconnaît néanmoins des points plus durs. La rougeur se montre en dernier lieu, et comme par transparence, sous forme de stries et de rubans ; la peau est tendue, lisse, amincie, rosée dans les intervalles des points indurés. Ce sont les ganglions lymphatiques profonds qui deviennent tuméfiés et douloureux.

Symptômes généraux.

Il suffit de dire que ces symptômes sont les mêmes que tous ceux qu'on observe dans les infections du sang et qu'ils ont un rapport intime avec ceux de la dothinentérie, revêtant la forme putride ou la forme ataxique ; et ceci vient à l'appui de ce que nous avons annoncé plus haut et que reconnaît du reste parfaitement M. Velpeau, savoir que ces symptômes sont bien plus ceux d'une intoxication générale que ceux de l'angioleucite elle-même. La preuve, c'est

que, *comme dans les fièvres exanthématiques*, ils précèdent souvent tout état local de phlegmasie ; cette remarque importante est faite par l'auteur. Lorsqu'il existe une angioleucite sans ce grave cortége des phénomènes typhoïdes, on peut la croire simple, c'est-à-dire consistant en une phlegmasie, ne reconnaissant pas pour cause l'absorption des fluides viciés. L'angioleucite se termine par résolution, par suppuration ou par induration. La mort en est quelquefois le terme. La terminaison par induration est rare et ne s'observe guères que dans l'angioleucite primitivement chronique.

Traitement.

Les émissions sanguines, les émolliens, les vésicatoires volans, les incisions multiples, les frictions mercurielles et iodurées, la compression, sont les moyens à l'aide desquels on a surtout combattu l'angioleucite, et ils peuvent tous trouver leur indication dans l'opportunité. Les émissions sanguines sont nuisibles, excepté tout à fait au début, chez les sujets jeunes et pléthoriques, lorsque la réaction inflammatoire est excessive. Les topiques émolliens ont plus d'inconvéniens que d'avantages. L'action des vésicatoires volans se borne à décider une suppuration ou une résolution jusque-là incertaines. Les incisions multiples sont indiquées dès qu'est constatée l'existence du pus, pour l'évacuer ; tandis que dans l'érysipèle phlegmoneux, elles peuvent empêcher sa formation. Les frictions iodurées sont utiles quand on craint la terminaison par induration. Les frictions mercurielles ont paru avantageuses. Si l'angioleucite est superficielle, une compression bien faite peut l'éteindre ou la résoudre en quelques jours, quand il est possible de commencer cette compression au dessous et de la prolonger au delà des points affectés et tant qu'il n'y a pas encore de suppuration. Ce moyen retrouve son efficacité lorsque les foyers purulens ont été ouverts et que l'œdème succède à la phlegmasie.

Diagnostic différentiel.

L'auteur établit ce diagnostic entre la phlébite, la névrite, le phlegmon et l'érysipèle. Comme ce n'est guères qu'avec la phlébite qu'on peut confondre l'angioleucite, nous ne donnerons les caractères distinctifs que de ces deux affections. Ces deux maladies ont cela de commun, qu'elles se développent sous l'influence des mêmes causes, mais la marche et les caractères anatomiques de la phlébite diffèrent très notablement. Ainsi elle débute par des phénomènes locaux, et l'angioleucite par une réaction générale. Les traînées rouges qui la décèlent sont plus larges, moins nombreuses, moins entre-croisées, répondent à des cordons durs, noueux, occupant des trajets bien connus, égalant souvent en grosseur le volume du petit doigt. Les plaques se réunissent rarement de manière à donner l'aspect d'un érysipèle. Le pus des abcès qui suivent la phlébite est roussâtre et comme mêlé à du sang décomposé. Le gonflement est moindre et n'embrasse pas toute la circonférence de la partie. *Les ganglions lymphatiques ne sont ni engorgés ni douloureux.* La douleur est moins vive et plus sourde. Les accidens généraux sont plus adynamiques qu'inflammatoires. La stupeur, le délire, les sueurs irrégulières ne tardent pas à survenir, ainsi que les phénomènes typhoïdes, et plus promptement et plus exclusivement que dans l'angioleucite, où ils ne sont souvent que violemment inflammatoires. Tant que ne se sont point développés les symptômes généraux, la résolution est plus facile que dans l'angioleucite, tandis que dans celle-ci les symptômes locaux sont plus opiniâtres et plus graves. La guérison ou la mort sont plutôt décidées dans la phlébite c'est-à-dire que comme inflammation locale, celle-ci est très facile à dompter, et la première est très difficile. Comme affection générale, c'est exactement l'inverse.

L'anatomie pathologique de l'angioleucite est trop peu importante pour que nous analysions la dernière partie du mémoire dont elle est le sujet. P.

—

REVUE MÉDICALE.

(*Juillet et Août* 1835.)

Les articles originaux contenus dans les deux cahiers de juillet et août sont les suivans :

1° Fracture de l'os hyoïde chez un homme ayant, depuis huit ans, une tumeur enkystée de la langue, par M. *Auberge ;* — 2° Histoire de l'épidémie de dyssenterie qui a régné en Bretagne, par MM. *Verger* et *Chauvin* (travail non terminé) ; — 3° La fin du Mémoire de M. *Velpeau*, sur un nouveau traitement de la brûlure ; — 4° Une lettre de M. *Dugès*, au sujet d'un nouvel instrument d'obstétrique ; — 5° Des fragmens historiques, relatifs à la méningite ; — 6° Un Mémoire de M. *Lalesque* fils, sur l'efficacité du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes (travail non terminé) ; — 7° Des recherches et observations sur l'épilepsie, par le docteur *Gibert* (travail non terminé) ; — 8° Une note sur l'épidémie de fièvre typhoïde régnant actuellement à Paris, par le docteur *Prus*.

Nouveau traitement de la brûlure, par M. Velpeau.

M. Velpeau expose brièvement les avantages et les inconvéniens, pour les différens degrés de brûlure, des moyens thérapeutiques jusqu'ici employés : 1° l'eau froide ; 2° la compression méthodique ; 3° le coton cardé, les aigrettes du typha ; 4° les chlorures ; 5° l'extrait de Saturne ; 6° les cataplasmes émolliens ; 7° les sangsues, les compositions huileuses ou graisseuses ; 9° le cérat safrané de M. Larrey ; 10° le liniment fait avec parties égales d'huile et d'eau de chaux ; 11° la pulpe de pomme de terre, l'encre. Il passe ensuite à la description détaillée du nouveau traitement qu'il propose. Ce traitement n'est autre chose que l'application des bandelettes agglutinatives sur la brûlure, telle qu'elle se pratique depuis déjà un certain nombre d'années avec tant de succès sur les ulcères. Voici la description de l'auteur :

« Il faut que chaque lanière ait de huit à douze lignes de large, et qu'elle puisse faire une fois et demi le tour de la partie brûlée ; que la première soit placée un pouce au dessous et la dernière un pouce au dessus des points enflammés ; qu'elles soient imbriquées de manière à ce qu'il n'y ait qu'un tiers de leur face libre à nu ; qu'elles portent bien perpendiculairement sur toute la circonférence des membres ; qu'elles se croisent sur une région saine de la peau, et qu'elles compriment également partout. S'il n'y a ni phlyctènes, ni plaie, ni escarre, ni gonfle-

ment, on peut se contenter d'une seule application, et ne les enlever qu'après l'extinction complète de tout érythème. Lorsque le suintement et la suppuration sont abondans au contraire, il est bon de les changer d'abord tous les deux jours. La même précaution serait nécessaire si la détuméfaction des parties les avait relâchées. Dans les cas ordinaires, j'ai pour habitude de ne les réappliquer que tous les trois ou quatre jours. Avant la chûte des escarres, dans le quatrième degré, on peut même n'y toucher que tous les cinq ou six jours; un peu de charpie pour absorber le suintement morbide qui se fait entre elles, quelques compresses et un bandage roulé pour maintenir le tout, pour régulariser la compression, ajoutent encore à leur action. Chaque fois qu'on les change, la plaie a besoin d'être abstergée et lotionnée avec l'eau de Saturne. Il importe en même temps de ne laisser aucune plaque d'épiderme décollé autour. »

Il est clair que ce traitement n'est applicable qu'aux brûlures des membres, et ne peut guère être conseillé pour les brûlures d'une grande étendue, à raison du trop grand assujétissement imposé par l'appareil. Les bandelettes de diachylon ne doivent être ni trop ni trop peu chargées d'emplâtre, faites d'une toile ni trop mince ni trop épaisse. La cicatrice se forme de toutes pièces, et avec une étonnante rapidité.—Suivent un grand nombre d'observations à l'appui de la méthode, et des considérations dans lesquelles M. Velpeau cherche à expliquer l'action curative des bandelettes dans les brûlures et dans les ulcères. Que ce soit la compression, ou la qualité de l'emplâtre, ou ces deux actions réunies, le point important est que les praticiens expérimentent un moyen qui compte déjà beaucoup de succès, et publient les résultats de leurs expériences.

—

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(*Juillet* 1835.)

Les quatre numéros de ce mois contiennent, en fait d'articles originaux :

1° Un mémoire sur le choléra de Marseille, en 1834-1835, et en particulier sur l'emploi des frictions mercurielles à haute dose dans le traitement de cette épidémie, par M. *Robert*, de Marseille; — 2° Une lettre à M. Mayor, de Lausanne, sur quelques modifications hyponarthéciques, par le docteur *Munaret*; — 3° Un résumé des leçons cliniques de M. Lugol, à l'hôpital Saint-Louis, sur les scrofules, par le docteur *Marotte*, résumé qui ne nous paraît contenir aucune idée particulière ni nouvelle; — 4° Un mémoire lu par M. *Civiale*, à l'Académie des sciences, sur les névralgies de l'urètre et du col de la vessie; — 5° Des remarques et observations sur le choléra-morbus en Mexique, en 1833, et sur l'emploi du guaco, par M. *Ed. de Chaniac*, officier de santé de la marine; — 6° Un mémoire de M. *Archambault-Reverdy*, secrétaire de la société médicale de Tours, sur l'emploi du deutoxide de mercure dans les fièvres typhoïdes; — 7° Dans la correspondance médicale, des observations médicales et chirurgicales de M. *Voisin*, de Limoges, et une observation de M. *Dogny*, chirurgien major au 4e régiment d'infanterie, en faveur de l'appareil inamovible dans les fractures.

Des frictions mercurielles dans le choléra, par le docteur Robert, *de Marseille.*

C'est d'après les expériences déjà faites par Palloni, médecin du lazareth de Livourne, contre la peste, le typhus et la fièvre jaune, que M. Robert a conçu l'idée d'employer les frictions mercurielles contre le choléra asiatique : « J'établis, dit le médecin italien, que dans les « maladies rapides et mortelles, comme la peste « et la fièvre jaune, le plus sûr spécifique pour « en arrêter les premiers effets, est l'administration à l'intérieur du muriate suroxigéné de « mercure et d'abondantes frictions mercurielles sur la peau; et que le meilleur préservatif des personnes qui doivent s'approcher « des malades est de réunir aux fumigations « nitriques et de chlore une boisson de limonade « nitrique, et de laver continuellement les mains « dans l'eau chlorurée ou avec de la pommade « mercurielle, comme avaient coutume de le « faire ceux qui avaient soin des malades atteints de peste ou de pétéchies dans notre « hôpital. »

M. Robert rapporte dix-sept observations offrant seize guérisons, à l'appui de sa méthode. Il estime que si les frictions mercurielles n'ont pas eu, selon MM. Double et Velpeau, le même succès à Paris qu'à Marseille, cela tient à ce que la pommade était employée par onces dans cette dernière ville, et par gros sans doute dans la première. — On ajoutait, à Marseille, un gros de cinabre par once d'onguent napolitain. — Il n'y a eu aucun cas de choléra à l'hôpital des Vénériens de Marseille, et peu de filles publiques en ont été affectées. Cette remarque de M. Robert est, croit-il, favorable à une méthode pour laquelle il sollicite de nouvelles et consciencieuses expériences.

De l'emploi du guaco dans le choléra, par M. de Chaniac.

Le guaco est une plante équinoxiale, espèce de liane, de la famille des Synanthérées, tribu des corymbifères, section des eupatoriées, voisine de l'aya-pana. On rencontre cette plante dans la province de Santa-Fé et au Brésil. Elle recherche les lieux humides et l'abri des arbres à haute futaie, à l'entour desquels elle se plaît à grimper. — Les Indiens l'emploient de temps immémorial contre la rage, la morsure des serpens venimeux, et plusieurs autres maladies. — La ressemblance de plusieurs symptômes du choléra avec ceux de la morsure des serpens, engagea le docteur Chabert, médecin français au service du gouvernement Mexicain, à conseiller le guaco contre le choléra. Il paraît qu'on en a obtenu de grands avantages.

Le guaco a surtout la vertu de produire une salutaire réaction. Il se prend, dans les cas simples, par petites tasses de décoction toutes les demi-heures, jusqu'à bonne réaction; dans les cas graves, on fait un mélange avec une cuillerée de teinture alcoolique et six ou huit cuillerées d'eau, et tous les quarts d'heure on alterne une cuillerée de cette mixture et une petite tasse de décoction. — Pour la décoction, deux gros de la tige et demi-gros de feuilles pour une bouteille et demie d'eau, réduite à une bouteille.

De l'emploi du deutoxide de mercure dans les fièvres typhoïdes, par M. Archambault-Reverdy.

Le docteur *Valli*, qui avait déjà eu l'idée de

préserver le bouillon de la putréfaction, en y ajoutant une certaine quantité d'oxide rouge de mercure, et qui en effet était parvenu à conserver ainsi des bouillons purs et de très bon goût pendant des mois entiers, sous une température de trente degrés et dans l'atmosphère malsaine de Mantoue, le docteur Valli pensa que la même substance devait trouver son application dans le traitement des maladies où le sang paraît avoir subi une véritable décomposition. Il obtint en effet de grands succès dans une épidémie de fièvre typhoïde qui régna à l'hôpital de Capo-d'Istria, au printemps de 1806. En 1807, même succès à l'hôpital militaire de Trévise. Malheureusement, cet honorable médecin voulut essayer l'oxide rouge de mercure dans la fièvre jaune, et passa en Amérique : mais il mourut avant d'avoir pu faire aucun essai.

Valli appliquait des moxas à la région de l'estomac. Dans l'intention de relever les forces digestives profondément altérées ; il donnait l'oxide rouge de mercure pour s'opposer aux progrès de l'altération du sang, et l'appliquait à l'extérieur pour borner l'étendue des escarres gangréneuses.

Ce sont les idées et la pratique de Valli, que M. Archambault-Reverdy veut remettre en honneur. Déjà un grand nombre de faits ont confirmé dans son esprit les principes du médecin italien.— Le deutoxide de mercure peut être administré à la dose d'un à deux grains toutes les deux heures, sans autres accidens que quelques nausées, de légères coliques et des vomituritions. Les effets de réparation et de tonification sont remarquablement prompts et positifs. Les salivations, qui sont quelquefois survenues, loin d'être défavorables, paraissaient plutôt former une crise salutaire.

—

JOURNAL HEBDOMADAIRE.

(*Juillet* 1835.)

Les quatre numéros de ce mois contiennent :

1° La fin du mémoire de M. *Raciborski* sur la méthode endermique appliquée à quelques lésions du système nerveux ;—2° Un compte-rendu du service de clinique de M. le professeur *Bouillaud*, depuis le commencement de l'année scholaire, jusqu'au 1er avril 1835, par le docteur *Jules Pelletan*, chef de clinique ; — 3° Un mémoire lu à l'Académie de médecine, par le docteur *Goyrand*, d'Aix, sur la hernie inguino-interstitielle ; — 4° Une méthode opératoire pour l'amputation partielle de la main dans les articulations carpo-métacarpiennes, par M. *Gayral* ; — 5° Des observations d'érysipèles de la face, suivies de quelques réflexions sur deux sortes de traitemens employés contre cette affection, par M. *Ambroise Sabatier* ; — 6° Un essai sur le fluide céphalo-spinal et sur la manière dont on doit disséquer le cerveau, par le docteur *Cavarra* ; — 7° Le commencement du mémoire du docteur *Lefèvre*, couronné par la société de médecine de Toulouse, sur l'asthme ; — 8° Dans la correspondance, une observation d'hémiplégie produite par une congestion du cerveau, par le docteur *Gaultier de Claubry*.

De la hernie inguino-interstitielle, par M. Goyrand, *d'Aix.*

C'est ainsi que M. Goyrand nomme l'espèce de hernie dans laquelle les viscères, sortis de l'abdomen par l'orifice supérieur du canal inguinal, ou par une ouverture accidentelle du *fascia transversalis*, au lieu de traverser le canal et de franchir son orifice externe, s'arrêtent dans sa cavité et dans l'*interstice* de la paroi abdominale ; c'est la hernie *inguinale incomplète* de plusieurs auteurs, la hernie *intra-inguinale* de Boyer. A. Cooper l'a étudiée; Hesselbach en a donné une figure qui laisse à désirer pour les détails.

M. Goyrand a puisé une description générale de cette maladie dans deux observations, dont l'une a pour sujet un homme qui a été opéré devant l'auteur et qui est mort des suites, et l'autre un homme qui a été opéré par M. Goyrand lui-même et est bien guéri.

La cavité que se creuse la hernie dans l'épaisseur des parois abdominales est formée, suivant l'auteur, de la manière suivante : elle est ovalaire, constituée en avant par l'aponévrose du grand oblique, les faisceaux inférieurs du petit oblique et l'origine du crémaster, en arrière par le *fascia transversalis*, inférieurement par la gouttière supérieure du ligament de Fallope, en haut par le bord inférieur du transverse et quelques faisceaux du petit oblique. Des deux orifices, l'un, supérieur, n'est ordinairement que l'orifice supérieur du canal inguinal, dont le contour mince et tranchant est côtoyé en dedans par les vaisseaux épigastriques, l'autre est l'anneau sus-pubien. La hernie inguino-interstitielle peut être congénitale, *vaginale*, comme le disait Dupuytren ; quelquefois elle envoie un prolongement à travers l'anneau inguinal.

Après avoir énuméré les diverses couches qui séparent les hernies de la peau, M. Goyrand s'occupe du diagnostic. Le phlegmon de la portion intra-inguinale du cordon testiculaire, ou du tissu sous-péritonéal de la partie inférieure de la région iliaque, pourrait être confondu avec la hernie dont il est ici question : mais les symptômes de l'inflammation phlegmoneuse ne seront point les mêmes que ceux d'un véritable étranglement pour un observateur attentif.

Pour l'opération, l'auteur conseille les débridemens multiples. Il veut qu'on fasse deux, trois, quatre débridemens d'une ligne et demie environ sur les côtés supérieur et externe de l'ouverture abdominale, dans le cas où la hernie s'est faite par l'orifice supérieur du canal inguinal ; sur ses côtés supérieur et interne, si la hernie est sortie par les fossettes inguinales moyenne et interne ; et, pour distinguer ces différentes variétés, l'auteur conseille de se guider sur le cordon spermatique.

De la méthode endermique appliquée à plusieurs lésions du système nerveux, par le docteur Raciborski.

Les faits qui servent de base aux expérimentations de M. Raciborski sont de nature assez différente, quoiqu'il les enveloppe dans la dénomination commune de *lésions du système nerveux :* nous sommes donc obligés de les examiner successivement plutôt qu'en masse, afin de n'adopter les conclusions de ce médecin que dans les termes qui nous paraissent légitimes.

L'auteur rapporte d'abord l'histoire de trois hémiplégies *consécutives à des hémorrhagies*

cérébrales. Dans ces trois cas, la strychnine employée par la méthode endermique depuis la dose de 1/8 de grain jusqu'à celle de 3/4 de grain a diminué, et dans un cas notablement, la paralysie. Administrée à l'intérieur aux mêmes doses, son action a été moins marquée. Les phénomènes produits par l'emploi de la strychnine ont été des fourmillemens, des secousses, toujours plus tôt et plus vivement ressentis dans les parties malades et affaiblies qne dans les parties saines : et ceci donne l'occasion de rappeler le principe de Cullen, que la faiblesse d'une portion du système nerveux la dispose à l'excitation.

M. Raciborski donne ces observations comme venant à l'appui de l'idée qu'à émise M. Fouquier à propos de l'administration de la noix vomique dans les traitemens de la paralysie : à savoir que, dans certains cas d'hémorrhagie cérébrale, les parties privées du mouvement restent dans l'inaction plutôt par défaut d'habitude que par la lésion même du cerveau, et qu'alors la médication stimulante est indiquée.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'examen détaillé des observations de paralysie de l'auteur, mais nous devons exprimer le regret qu'elles ne soient pas plus précises : c'est un point si délicat de diagnostic que celui des affections cérébrales, surtout quand on cherche à appliquer une médication spéciale à tel ou tel ordre de ces affections, que tout ce qui peut déterminer notre jugement pour ou contre l'idée d'une hémorrhagie cérébrale doit être recueilli avec un soin scrupuleux. Ainsi, nous doutons pour notre compte, que la deuxième malade de M. Raciborski, qui perdit *tout à coup* le mouvement des membres du côté gauche, *sans que l'intelligence fut nullement troublée*, au moment d'une hémorrhagie utérine abondante, nous doutons que cette malade ait été atteinte d'hémorrhagie au cerveau. De ce qu'il y a eu une hémorrhagie utérine, M. Raciborski pense qu'il a existé une pléthore qui a *favorisé le développement des deux hémorrhagies simultanées utérine et cérébrale* : nous penserions plutôt que l'une des deux hémorrhagies a été une raison pour que l'autre n'eût pas lieu.

La 4e observation est relative à un homme ayant, au moment de son entrée à la Charité, une jaunisse depuis 24 jours, et depuis 3 jours un hoquet qui s'était venu joindre à la jaunisse : des ventouses à l'épigastre et un vésicatoire sur la même région n'empêchent pas le hoquet de persister. Ce n'est que 2 jours après l'application de l'acétate de morphine (1/2 gr. et 3/4 de grain) que le hoquet est *moins violent*. Survient un vomissement de bile; plus de hoquet depuis. La teinte ictérique va diminuant, on continue l'acétate de morphine, le hoquet ne reparaît pas. — Avons-nous besoin de dire combien l'action de l'acétate de morphine est ici peu évidente ? Y avait-il eu des vomissemens avant celui qui est survenu tout à coup ? Y avait-il ou n'y avait-il pas de la fièvre avant cette sorte de crise ? Quel était l'état des selles dans les 4 jours précédens ? Pas un mot de toutes ces choses importantes, et de plusieurs autres qui pourraient nous faire apprécier la valeur de ce symptôme que l'on appelle le *hoquet*.

Le reste des observations de M. Raciborski se rapporte à des vomissemens qui ont été combattus par les sels de morphine endermiquement employés, et à un tremblement mercuriel guéri par la même méthode. Le tremblement datait de 3 mois; l'opium administré à l'intérieur à la dose de 1/2 grain par 24 heures pendant plusieurs jours ne produisit aucun résultat. Un vésicatoire d'un pied de long appliqué sur le rachis, et chargé pendant plusieurs jours d'un grain d'acétate de morphine, amena une diminution très rapide, puis la guérison complète en 15 jours. Quant aux *vomissemens*, nous manquons encore ici d'indications suffisantes pour conclure avec M. Raciborski. Un homme, depuis six semaines, vomit toutes les nuits quand il prend des alimens le soir. Il entre à l'hôpital le 22 mars : le 23, un vésicatoire à l'épigastre ; le 24 et les jours suivans, hydrochlorate de morphine sur le vésicatoire ; disparition des vomissemens. — Mais quelle est la nature de ces vomissemens ? sont-ils alimentaires, glaireux, bilieux ? on ne le dit pas.—Quel est l'état des selles avant l'entrée à l'hôpital, pendant le séjour à l'hôpital ? Pas une seule fois on ne nous parle des selles. — Quel était l'état des sécrétions, de la sueur, des urines, etc. ? Pas un mot de tout cela. — Quel effet eussent produit quelques jours de diète, ou d'une alimentation différente ? c'est ce qu'on ne s'est pas mis en peine de savoir, etc.

Les 2e et 3e observations de vomissement sont, à peu de chose près, aussi inexactes et inconcluantes que la 1re. Et dans tous ces cas, il nous serait assez difficile de déterminer auquel, du vésicatoire ou du sel de morphine, est dû le bienfait de la médication, si la médication a été de quelque utilité.

Nos réflexions ne vont point à nier l'action des sels de morphine administrés suivant la méthode endermique : nous estimons, au contraire, que ce sont de puissans médicamens. Mais nous ne pouvons admettre comme concluantes des observations qui ne le sont pas, et nous devons dire que si l'*expérience est trompeuse*, c'est lorsqu'elle est, à ce point, légère et superficielle, et qu'elle rejette ou qu'elle oublie toutes les circonstances qui peuvent donner aux faits leur saillie et leur valeur.

Clinique de M. le professeur Bouillaud. — Compte rendu par M. Jules Pelletan, *chef de clinique.*

Les deux articles de M. Jules Pelletan sont des statistiques des maladies qui se sont présentées à la clinique de M. Bouillaud, du mois de novembre 1834 au mois d'avril 1835, entremêlées de quelques réflexions. Nous sommes fâchés qu'on n'entre pas dans plus de détails : car c'est justement en la présentant de cette façon que la statistique n'a aucune valeur pour les praticiens. Tant de pneumoniques ont été saignés tant de fois, et ont été guéris en tant de jours. — Cela veut-il dire que toute pneumonie saignée le même nombre de fois guérira à peu près dans le même temps ? Nous ne pensons pas qu'on oserait l'avancer. Il faudrait donc pour nous mettre à même de suivre avec succès le même traitement nous représenter ces phénomènes, et c'est ce qu'on ne fait pas.

Ce que nous disons des pneumonies, nous le disons des rhumatismes et des fièvres typhoïdes qui ont également été traités par les antiphlo-

gistiques. Mais, dans quel état nerveux, sanguin, lymphatique, scrophuleux, syphilitique, etc., étaient les sujets rhumatisans? De quel degré de misère sortaient-ils? Etait-ce des affections primitives, des récidives, etc., etc.?—Rien. Tant de saignées, tant de jours de maladie. — La fièvre typhoïde! quelle fièvre typhoïde? Est-ce que le pronostic est le même dans toutes? Vous en guérissez une sur sept (car, quoique vous ne comptiez pas parmi les morts les sujets morts de leurs escarres, nous les y comptons, nous): c'est un bon résultat, quoique ordinaire. Mais ces typhoïdes, sont-ce des ataxiques ou des adynamiques, des bénignes ou des graves? Ici comme pour la variole : c'est un fort beau ou fort simple résultat que de guérir une variole sur sept, suivant les circonstances. Dites ces circonstances, afin qu'on juge. Des chiffres, si vous voulez; mais surtout des tableaux! G.

JOURNAUX ITALIENS.

ANTOLOGIA MEDICA.

Ostéosarcome, par le docteur David Pesaro, *médecin à Ferrare.*

Beatrix Melli, de Ferrare, pauvre femme, née d'une mère morte d'un cancer au sein, et survivant seule à deux frères morts d'étisie, était parvenue à l'âge de cinquante-huit ans sans avoir eu de grandes maladies. Elle avait été sujette dans sa jeunesse à la fièvre tierce, mais du reste sans être maladive, et sa menstruation s'était bien établie. Mariée à vingt-cinq ans, elle avait eu sept enfans, dont cinq filles étaient mortes dès les premiers jours de leur naissance, et deux garçons assez bien constitués lui restaient. Elle essaya de nourrir ses enfans, et y renonça à cause de vives douleurs aux seins chaque fois qu'elle donnait à téter. A quarante-huit ans, cessation des règles. Elle logeait dans un endroit humide, et sa plus grande incommodité était une constipation habituelle.

En juillet 1833, tout d'un coup, et sans cause connue, elle est prise d'une vive douleur à la tempe droite et la fièvre se déclare. Point de gonflement, nul changement de couleur à la peau. On crut que c'était un rhumatisme. *Plusieurs applications de sangsues autour du centre de la douleur, boissons rafraîchissantes, saignée du bras, suivant l'indication.* — Léger amendement de la fièvre et de la douleur; toutefois progrès insensible de la tumeur, plus en largeur qu'à la base. et vers le front. *Vésicatoires derrière les oreilles, lotions et emplâtres résolutifs sur la partie affectée:* le tout inutilement.

En septembre, le docteur Pesaro visita la malade pour la première fois; le mal s'étendait depuis la région écailleuse de la tempe droite jusqu'au milieu du coronal. Une douleur profonde se faisait sentir dans la partie qui était tendue et luisante, sans altération de la peau par le toucher : les doigts s'enfonçaient comme dans la matière épaisse d'une mollière, ce qui fit penser que les os, ou tout au moins le péricrâne, étaient malades. Après l'emploi inutile des remèdes antiphlogistiques et de l'emplâtre de ciguë. on fit une incision au dessus et dans la direction du sourcil droit : il ne sortit qu'un peu de sang, et le mal continua de faire des progrès. La bosse frontale participait au ramollissement. Le mal envahit la face en s'avancant jusqu'à la tempe du côté opposé : de sorte que cette pauvre femme ne pouvait ni ouvrir les yeux, ni respirer par le nez. L'urine était trouble et déposait un sédiment terreux. Des ulcères se formèrent çà et là à la surface de cet ostéosarcome et fournissaient une matière d'une odeur insupportable. Il est digne de remarque, que malgré cet état pathologique qui ne permettait pas de distinguer les parties dures des parties molles, la malade a toujours conservé le libre exercice de ses facultés intellectuelles; enfin, le dévoiement colliquatif fit périr cette pauvre femme le huitième mois. On ne put faire l'autopsie.

De cette observation, le médecin de Ferrare conclut que l'ostéosarcome est une maladie absolument incurable, à moins qu'il ne se fixe, comme le dit notre Boyer, sur un membre qu'il soit possible d'amputer de bonne heure. Les saignées générales et capillaires, les vomitifs et autres moyens de la médecine perturbatrice, avec autant d'insistance que la douleur et la fièvre, ne pourraient-ils donc jamais anéantir le germe du mal avant son évolution, ou du moins lui imprimer un autre caractère?

Osteosarcomes au crâne, par le docteur Carlo Donegana de Como.

Le docteur Donegana a vu à la clinique de Paletta, professeur à Milan, un homme âgé de 30 ans, affecté au genou droit d'une tumeur blanche très volumineuse et en suppuration. Dans le cours du traitement une autre se forma vers la partie moyenne du pariétal droit. Cette dernière, arrondie, large de deux pouces à sa base, était adhérente, immobile et élevée de deux travers de doigt. Le malade y éprouvait comme un sentiment de fourmillement, et par la compression il sentait un poids sur le cerveau. On ne fit pas grande attention à cette tumeur de la tête, présumant qu'elle avait son siége dans le péricrâne, et on amputa la cuisse. La plaie du moignon allait assez bien, tendait même à se cicatriser, lorsque, on ne sait comment, elle prit une mauvaise tournure et se gangréna; en peu de temps la fièvre d'hôpital vint enlever l'amputé.

Alors l'opérateur reporta toute son attention sur la tumeur de la tête. Il découvrit un ostéosarcome qui avait pris naissance dans le diploë, en avait écarté et carié les deux tables, et s'était fait jour au dessus et au dessous du crâne perforé. Les tégumens soulevés couvraient une substance cérébriforme, et du côté du cerveau la masse cancéreuse repoussant les méninges s'était creusé dans l'hémisphère droit une cavité assez large et profonde pour admettre à plat la main d'un enfant. Le professeur Paletta et ses disciples furent très étonnés qu'une si forte compression sur cette partie du cerveau n'eût produit ni paralysie,

ni affaiblissement des facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment de la vie.

Le comte Giambattista Giovio vivait inconsolable de la mort de son fils aîné, arrivée le 17 décembre 1813, lors de notre retraite de Moscou; il commença à se plaindre de quelque malaise au genou, à l'épaule et au cou du côté droit. On prit ce malaise pour une affection rhumatismale. On revit le malade au bout de quelques mois. A cette époque la maladie avait fait de grands progrès. Une espèce de bosse s'étendait depuis l'acromion de l'épaule droite jusqu'à la colonne vertébrale et le creux de l'aisselle. La peau adhérait à cette tumeur, était luisante, polie et froide au toucher comme du marbre, et d'une dureté cartilagineuse. De temps en temps des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans cet ostéosarcome, qui du reste ne paraissait pas disposé à s'ouvrir.

Dans une de ses visites, le docteur Donegana découvrit une autre tumeur située à l'union de la suture sagittale avec la coronale, et qui datait, au rapport du malade, de quelques années. Cette tumeur, élevée de quatre travers de doigts, était immobile, quelquefois un peu douloureuse spontanément, et toujours beaucoup par la compression. En l'embrassant avec la main, on sentait qu'elle contenait un liquide. Lorsque le malade urinait en petite quantité, sa tumeur devenait plus dure, plus tendue et plus élevée; urinait-il abondamment, elle se réduisait de volume et prenait de la mollesse. Ces phénomènes d'alternatives, qu'on observa pendant cinq mois, ne laissaient pas de doute sur la correspondance de l'ostéosarcome avec le cerveau. La peau finit par s'enflammer, la fièvre hectique survint, des sueurs copieuses achevèrent d'épuiser le malade qui sucomba le 17 mai 1815.

Les tumeurs de l'épaule et de la tête étaient de même nature, toutes deux ostéosarcomateuses. Les os, les muscles et la peau formaient une masse homogène où les divers tissus étaient confondus et de même consistance.

Cet ostéosarcome avait germé dans le diploë et perforé les deux tables du pariétal droit par la carie sous la peau. Sa circonférence équivalait à celle d'un écu de six livres, et son volume sous le crâne à celui d'un œuf de poule. L'hémisphère ici avait souffert de la compression, sans que les meninges en parussent altérées. Malgré cette forte et permanente compression du cerveau, le malade n'a cessé de jouir de toute sa connaissance jusqu'à l'agonie.

Ces deux observations, presque semblables, sont intéressantes en nous montrant que sur l'un et l'autre sujet la compression d'une partie de l'hémisphère droit n'a nui en rien à l'intégrité des facultés intellectuelles.

—

NATURE ET MODE D'AGIR DES CANTHARIDES.

Discours prononcé à l'Athénée de Venise, par le docteur Nardo.

Les cantharides figurent dans la matière médicale depuis Hippocrate jusqu'à nous, et pourtant, malgré une expérience de plus de vingt siècles, nous ne savons encore rien de positif sur leur mode d'agir. On n'a cessé de les administrer à l'intérieur et à l'extérieur contre une foule de maladies. Les pères de l'art les ingéraient dans l'hydropisie, certaines affections de l'utérus, la paralysie de la vessie, l'anaphrodisie, l'épilepsie, la rage, la blennorrhagie invétérée, le calcul et la goutte. Les Arabes en faisaient de plus usage contre l'assoupissement comateux et l'algidité. Les Grecs faisaient entrer la poudre de ces mouches dans des cérats et des emplâtres pour guérir la teigne, le cancer, la lèpre. Ce n'est que depuis le XVIe siècle qu'on applique des vésicatoires.

Les cantharides, a-t-on dit, raréfient le sang, mettent en mouvement les humeurs stagnantes, et, pour le prouver, on s'appuyait sur trois de leurs effets, la strangurie, le priapisme et la vésication.

Les médecins ne les ordonnent plus à l'intérieur, parce qu'ils n'en peuvent régler l'action sur les voies urinaires et les organes de la reproduction, action que quelques uns assimilent à celle d'un poison qui passe le but plus souvent qu'il ne l'atteint. Quant à la vésication, quelque puissante et usitée qu'elle soit dans le nombre des maladies locales et générales, on sait qu'elle est sujette à manquer ou à produire un ulcère gangréneux dans certaines fièvres de mauvais caractères.

L'auteur du mémoire que nous examinons a voulu interroger la chimie et la clinique pour marcher avec des faits, et il a réduit les résultats de ses expériences et de ses observations à vingt-un axiomes qui peuvent se résumer ainsi : la cantharidine est la seule partie active ; son action est d'autant plus prompte que la substance est appliquée sur une partie plus poreuse, ou formée de cryptes muqueux et de glandes sébacées. Ce médicament étendu dans l'huile ou l'éther agit aussi plus promptement, parce que dans cet état de division il est plus facilement absorbé.

Il agit en deux temps différens et de deux manières, l'une médiate, l'autre immédiate. Il pénètre d'abord dans l'économie à la faveur des absorbans et en si petite quantité que l'auteur l'estime à un millionième. Ensuite il agit sur place en attirant par la voie des exhalans l'humeur séreuse. Voici comme se produit cette double action en sens contraire : la cantharide s'introduit dans l'économie par la peau intacte; pendant que cette introduction s'opère, la cantharide fait effort pour soulever l'épiderme et attirer la sérosité. Une fois que l'épiderme n'est plus appliqué immédiatement sur le derme, les absorbans et les exhalans cessent de répondre à l'appel de la cantharide, par conséquent il est alors inutile de prolonger l'application des cantharides.

La cantharide, mise en contact avec le derme dénudé, est absorbée, puis produit une sécrétion séreuse-lymphatique avec atonie dans le tissu. Ce tissu peut continuer à suppurer, se pervertir et même se gangréner.

Elle agit par un mode à peu près semblable, portée sur la langue ou ingérée dans l'estomac, seulement son action y est plus prompte que sur la peau, parce que les premières parties

sont plus fournies de cryptes muqueux et de glandes sébacées.

Elle n'agit pas sur le derme en l'enflammant à la manière de la moutarde ; elle excite seulement les vaisseaux lymphatiques de la partie sans étendre son excitation au delà de l'endroit de son application, sans déborder son emplacement.

Un liquide animé de cantharidine, injecté dans la vessie, agit d'abord sur la prostate où se trouvent des glandes mucoso-sébacées, il s'y fait une vésication, l'épithelium s'altère et se détache, l'urine s'insinue dans la couche dénudée, irrite, et produit la strangurie, le priapisme et autres phénomènes.

L'injection d'un liquide semblable dans l'estomac, produirait un empoisonnement avec les symptômes de même nature et encore plus graves à cause de la plus grande sensibilité et des sympathies plus étendues de l'organe.

L'expérience a prouvé que l'usage du camphre ne peut rien contre l'empoisonnement par les cantharides.

Le docteur Nardo déconseille les cantharides à l'intérieur, malgré l'exemple des Anciens, attendu qu'il est très difficile d'en mesurer la portée, et qu'on peut presque toujours en obtenir, sous forme topique, des résultats aussi sûrs et assez énergiques. Si cependant elles ne faisaient aucune impression à la peau et qu'on tînt à leur action, il conviendrait de les ingérer en teinture dans une potion plutôt qu'en pilules afin d'éviter la vésication et ses suites.

V. O. G.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDICINISCHE ZEITUNG.

(*Gazette médicale de Berlin.* — *Mars* 1835.)

Les articles originaux contenus dans les quatre numéros de ce mois sont :

1° Crampe des doigts chez les écrivains, par *Albers* ; — 2° Du chlorure de chaux comme cosmétique, par *Kluge* ; — 3° Application du magnétisme minéral dans les maladies internes, par *Wolff* ; — 4° Epidémiom, par *Lorimser* ; — 5° Cicatrisation des ulcères intestinaux, par *Berndt* ; — 6° Renouvellement périodique du vaccin, par *Ebermayer* ; — 7° Nouveau procédé pour maintenir le sang plus long temps liquide dans la transfusion, par *Schultz* ; — 8° Limites respectives de la médecine et de la chirurgie, par *Klose* ; — 9° Sur la trépanation, par *Ebermayer*. L'auteur prouve par des faits ce que personne, je crois, ne conteste, savoir : Que l'opération du trépan est utile dans le cas de compression du cerveau par un épanchement traumatique, par des esquilles, etc. ; — 10° Passion iliaque, par *Schmidt*. Observations de rétrécissement de l'intestin, avec vomissement de matières stercorales, et même des médicamens injectés par l'anus ; aucune vue thérapeutique nouvelle ; — 11° Anasarque et gangrène du scrotum, à la suite d'une fièvre intermittente, guéris en trois semaines par l'usage du quinquina, par *L....* ; — 12° Faits d'anatomie pathologique, par *Heyfelder* ; — 13° Maladie rare du cerveau, par *Ulrich* ; — 14° Névralgies intermittentes, par *Richter*.

Crampe des doigts.

Dans un des numéros précédens de ce journal, le docteur Heyfelder a décrit cette singulière affection, qui consiste dans un tremblement convulsif des trois premiers doigts de la main droite, qui fait *divaguer* la plume sur le papier, et dans un écartement involontaire de ces mêmes doigts, qui les force à lâcher la plume. Hors de l'action d'écrire, ils jouissent de la même force, de la même adresse, de la même sûreté et de la même promptitude de mouvement. Le libraire éditeur de ce journal, M. Enslin, âgé aujourd'hui de quarante-sept ans, et d'une santé remarquable sous tous les autres rapports, fut atteint, en 1818, de ce genre de maladie nerveuse. Les maniluves dans l'eau-de-vie chaude, les frictions avec des linimens volatils, les douches, les bains de vapeur (on croyait avoir affaire à un rhumatisme), furent employés tour à tour et sans succès. En 1820, M. Albert fit ouvrir un cautère à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, et prescrivit au malade d'augmenter le diamètre de sa plume en la fichant dans un bouchon. Trois mois après, M. Enslin écrivait aussi facilement que jamais et sans le secours du bouchon. Au bout de deux ans, en 1822, il se crut radicalement guéri, laissa fermer le cautère, et retomba par degrés, en moins de six mois, à son premier état. M. Albert proposa deux raies de feu sur l'épaule ; le malade rejeta ce moyen sévère, se mit à écrire de la main gauche, et ne tarda pas à y éprouver les mêmes symptômes qu'à la droite, quoique moins prononcés. L'électricité, les bains, les douches, la pommade stibiée, la noix vomique à haute dose, cinq moxas, etc., ont été inutilement employés depuis lors. Quel est le siége de la maladie ? quelle est sa nature ?

Du chlorure de chaux comme cosmétique.

Le *pneumatoka charterion* de Chevalier (eau chlorurée pour corriger la mauvaise haleine), vient d'être perfectionné et mis à la portée de toutes les bourses, par Freyberg, apothicaire de la Charité de Berlin, qui le prépare comme il suit :

℞ Chlorure de chaux récemment préparé, un gros.
Faites dissoudre en agitant légèrement dans
Eau distillée (poids médicinal), six livres.
Ajoutez
Alcool très pur . . . . . huit onces.
Laissez reposer au frais pendant vingt-quatre heures, filtrez et conservez en vase bien clos.

Magnétisme minéral.

Par ordre du ministre de l'instruction publique et des affaires ecclésiastiques et médicales, le docteur Bahrt a expérimenté le magnétisme minéral sur plusieurs individus affectés de maladies internes, dans les salles de l'hôpital de la Charité de Berlin. Dans ces expériences, faites en novembre et décembre 1834, tantôt un fort aimant a été *promené* de haut en bas sur la surface antérieure du corps et sur la pos-

térieure, *par dessus les vêtemens;* tantôt il a été mis en contact *immédiat* et *fixe* avec certaines parties.

Les effets généraux de cette application sur la circulation, la calorification, la perspiration cutanée, etc., peuvent être considérés comme nuls. Comme effets locaux, on a observé la diminution de la douleur dans les parties souffrantes et l'augmentation de la myotilité dans les membres paralysés; mais cette amélioration a rarement duré plus que l'application de l'aimant.

Cicatrisation des ulcérations intestinales.

Le nommé Holtz, manœuvre, âgé de quarante ans, fut guéri d'une fièvre gastrique nerveuse très grave, et déjà abandonnée à elle-même depuis quelque temps, par l'usage du camphre, porté à la dose de soixante grains par jour. Pendant sa convalescence, il se plaignit d'un sentiment de constriction dans le côté droit de la poitrine sur lequel il ne pouvait se coucher; à ce phénomène se joignirent une toux sèche et la fièvre hectique. Il mourut subitement le vingtième jour de son entrée à l'hôpital par la rupture d'un abcès résultant d'une pleurésie lente. Les symptômes de la fièvre gastrique nerveuse n'avaient pas reparu. C'était une occasion unique d'observer les ulcérations intestinales qui accompagnent cette maladie; M. Berndt ne la laissa pas échapper.

La membrane muqueuse de l'estomac était en partie d'un rouge médiocrement foncé; le duodenum était rouge à l'intérieur et à l'extérieur. Le jejunum offrait le même aspect, et se trouvait à moitié rempli de mucosités très visqueuses, d'un jaune verdâtre. Près de l'ileum, et dans toute l'étendue de cette dernière partie de l'intestin grêle existaient les traces d'une soixantaine d'ulcérations.

Ces traces ressemblaient à des déperditions de substance (Defect) de la membrane muqueuse, les unes à bords lisses et nets, comme si elles eussent été faites avec un emporte-pièce; les autres à bords plus obliques, se confondant mieux avec la substance sous-jacente, mais également nettes et cicatrisées. Il n'existait aucune trace de suppuration ni sur les bords ni dans le fond de la dépression qui était lisse et paraissait recouvert d'une couche mince de tissu cellulaire, ayant l'aspect et la force d'une cicatrice. Ces dépressions étaient arrondies; quelques unes se trouvaient réunies deux à deux. Leurs dimensions variaient de la largeur d'une lentille à celle d'un demi-silbergros, ou même d'un silbergros (petite pièce de deux sous). Elles étaient plus nombreuses et plus serrées dans le voisinage de la valvule de Bauhin, et la membrane muqueuse y était plus rouge qu'ailleurs.

Ainsi, ces ulcérations guérissent non par des granulations qui s'élèvent de leur fond, mais par le recollement de leurs bords aux parties sous-jacentes; ces bords, tuméfiés dans le principe, s'affaissent par degrés, et se mettent de niveau avec la membrane celluleuse qui s'étend sur le fond de l'ulcération, laquelle toutefois reste un peu concave.

Renouvellement du vaccin.

Depuis une dizaine d'années, les éruptions varioloïdes sont devenues communes. M. Ebermayer en conclut que le vaccin a perdu de sa vertu préservatrice; il pense donc qu'il faut 1° renouveler de temps à autre le vaccin; 2° pratiquer au moins douze piqûres, comme le veut Eichhorn; pour lui, il en fait toujours vingt à trente. Sa petite dissertation est vague, et l'on n'y trouve aucun fait.

Procédé pour conserver le sang à l'état liquide.

Dans ses expériences sur les animaux vivans, M. le professeur Schultz conserve à l'état liquide, pendant cinq ou six heures, le sang qu'il se propose de transfuser, en le renfermant dans des bouts d'intestin de huit à dix pouces de longueur, avec la précaution de n'y laisser entrer aucune bulle d'air. Cette méthode est fondée sur l'observation de Hewson, que le sang contenu dans un vaisseau lié ne se coagule qu'au bout d'un temps plus ou moins long; il paraît qu'on peut enlever le vaisseau lui-même, et le laisser à l'air; le sang contenu entre les deux ligatures ne se fige pas plus vite que si le vaisseau était resté en communication avec l'animal.

Faits d'anatomie pathologique.

M. Heyfelder décrit très succinctement le cœur d'une jeune fille de neuf ans, morte d'hydrothorax. Le viscère avait un volume cinq fois plus considérable que dans l'état normal, et avait refoulé le poumon gauche en arrière. Cet énorme accroissement portait uniquement sur le ventricule droit. — Le même médecin parle aussi très laconiquement d'une très jeune fille, chez qui l'on trouva toutes les glandes mésentériques développées au point d'atteindre ou même de dépasser le volume d'une noisette, et remplies de matière cérébriforme. Deux de ces glandes étaient aussi grosses chacune que la tête d'un enfant; elles avaient contracté des adhérences avec le foie et avec le rein droit; leur poids était de quatre livres; le squirrhe, l'encéphaloïde et la mélanose s'y trouvaient réunis.

Maladie rare du cerveau (Nos 12 et 13).

Cette observation équivaut presque à un mémoire; nous sommes obligés de la racourcir beancoup; mais elle nous a paru trop curieuse pour la passer complétement sous silence. — Un jeune homme, fondeur en bronze, d'un talent fort distingué, éprouva successivement les accidens ci-après. A l'âge de seize ans (1822) érysipèle de la face, rendu très irrégulier dans son développement par des courans continuels d'air froid; et dès lors, difficulté légère à se tenir à genoux à l'église. A dix-huit ans (1824) second érysipèle de la face, avec délire; et, depuis cette époque, diminution notable de la vivacité et de l'agilité du malade, grand éloignement pour les exercices corporels. A vingt-quatre ans (1830) affaiblissement de la vue, diplopie, strabisme de l'œil gauche; démarche chancelante, sautillante, comme s'il fallait un effort pour arracher les pieds au sol; exaspération morale, goût pour la solitude résultant de ce fâcheux état.

En janvier 1831, au retour d'un voyage fait par un froid très vif, engourdissement qui rend

la marche impossible pendant près d'une heure. Le lendemain, paraplégie incomplète, parole précipitée et indistincte, rire involontaire en parlant et quelquefois sans parler; augmentation du strabisme et de la diplopie (sangsues derrière les oreilles, bains tièdes, laxatifs). Amélioration légère dans l'état des jambes seulement; toutefois, le malade ne peut faire plus de deux cents pas sans se reposer. Au mois de juin, séjour aux eaux de Wiesbaden, bains, applications de linges imbibés d'eau froide sur la tête, nouvelles saignées locales; le tout sans résultat. On administre le calomel; il détermine la salivation à la première dose; un séton à la nuque rend l'irritabilité excessive et le sommeil impossible; on est forcé de les supprimer au bout de six semaines, le sommeil revient. La paralysie, qui avait augmenté, suit pendant les quinze premiers jours une marche rétrograde. Cette amélioration passagère s'arrête avant que les forces soient remontées, au point où elles étaient lors de l'application du séton. La paralysie reprend bientôt une marche lente, mais progressive; crampes fréquentes et douloureuses des muscles extenseurs des gros orteils. Jusqu'en février 1832, on n'administra que quelques laxatifs; l'extrait de noix vomique est essayé, et abandonné à cause du mal de tête qu'il provoque.

A cette époque, accès de fièvre intermittente simulant la congestion cérébrale; résolution générale des membres, parole presque inintelligible, déglutition et expuition extrêmement difficile; intelligence parfaitement saine; pouls faible et irrégulier, froid des extrémités inférieures. Ces phénomènes font bientôt place à une transpiration modérée, et se reproduisent sept fois, sous le type tierce, avec une intensité toujours décroissante. Après avoir attendu jusque là dans le vain espoir d'une réaction favorable sur la maladie cérébrale, on a recours au sulfate de quinine et à la décoction de quinquina. Le malade recouvre l'appétit, ses digestions se font bien, mais il ne peut faire quelques pas qu'en s'accrochant aux meubles avec les mains; la déglutition et l'expuition deviennent de plus en plus difficiles: le sommeil est excellent, la mémoire sûre, l'intelligence *plus active* que jamais, les sens plus impressionables, la sensibilité générale de la peau extrêmement développée; tintement dans l'oreille gauche; du reste, aucune douleur (application de quelques sangsues derrière l'oreille, bains de mer).

Le 28 mai 1832, nouvel accès de fièvre, contracture des muscles de la région postérieure du col. Ce second épisode se termine comme le premier; mais il laisse après lui des crampes, plus violentes le matin, qui étendent les membres, et renversent la tête en arrière. Vers la fin de l'été, quand le malade est debout (appuyé sur ses mains) ses pieds semblent cloués à la terre; ses mains même refusent le service, et ne peuvent plus porter les alimens à la bouche; tous les symptômes déjà énoncés s'aggravent rapidement. Cependant le malade s'abuse sur la gravité de son état, reste content et tranquille, et s'occupe d'objets d'art. Au mois d'octobre, les nuits sont agitées, la déglutition est si pénible, que les alimens sont souvent rejetés convulsivement par le nez. Le 25, nouvel accès de fièvre; paralysie générale et complète de tous les muscles soumis à la volonté; la mâchoire est pendante et immobile, la paupière supérieure se meut seule, et sert d'unique moyen d'expression au malade, qui garde sa pleine connaissance presque jusqu'au moment de la mort (28 octobre).

Autopsie (31 octobre).

La surface postérieure de la dure-mère spinale est rouge au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales; elle est tapissée en cet endroit d'une couche mince et rougeâtre de lymphe concrétée. La surface postérieure et les côtés de la moelle épinière sont parsemés de vaisseaux très injectés, surtout à la partie supérieure; la queue de cheval elle-même est d'un rouge grisâtre. Les racines des nerfs spinaux ne présentent rien de particulier; il y a peu de sérosité dans le canal rachidien. La voûte du crâne est parsemée d'impressions profondes, correspondant aux glandes de Pacchioni; les veines contiennent peu de sang. Les deux hémisphères cérébraux sont couverts, dans la région sinciptale, d'une couche grisâtre de lymphe concrétée, les circonvolutions sont très développées, et les anfractuosités profondes. Le cerveau, coupé par tranches, offre la couleur et la consistance ordinaires; les vaisseaux y sont assez développés; le ventricule gauche contient une cuillerée à thé de sérosité; le gauche et le moyen sont vides; les plexus choroïdes ne sont pas injectés dans ce point; la voûte, les tubercules quadrijumeaux, la glande pinéale sont à l'état normal; mais la portion du plexus choroïde qui avoisine les tubercules quadrijumeaux est très rouge; cette rougeur devient écarlate au dessus du quatrième ventricule et dans l'espace compris entre le lobe postérieur du cerveau et les lobes du cervelet; toute la surface de ce dernier est très rouge. Le quatrième ventricule est distendu, le *calamus scriptorius* a doublé d'étendue; de là provenait sans doute la sérosité qui s'est écoulée à l'ouverture de la dure-mère spinale. Du reste, les parois du quatrième ventricule, la substance du cervelet, ont leur couleur et leur consistance normales. Les corps restiformes paraissent un peu volumineux, et sont d'une couleur jaune brunâtre en approchant des olives.

Sur les deux côtés de la moelle, on remarque deux saillies insolites, jaunâtres, plus molles que la substance cérébrale, l'une, à gauche, de la grosseur d'un grain de maïs; l'autre moins volumineuse: s'étendant toutes deux jusqu'au pont de Varole qui est ramolli, à gauche, dans la moitié de son étendue; à droite, jusqu'à trois ou quatre lignes seulement de son bord postérieur. Ces deux saillies n'étaient autre chose que les pyramides et les corps olivaires, formant deux masses gélatineuses qui se fondaient insensiblement, sans limites précises, avec la substance normale; on pouvait évaluer la profondeur de l'altération à cinq ou six lignes.

Les racines du nerf accessoire qui naissent sur les côtés de la moelle alongée, celles du grand hypoglosse, du nerf vague et du glosso-pharyngien, étaient extrêmement rouges, surtout à droite; tandis que celles de la portion

dure et de la portion molle de la septième paire, et du moteur oculaire externe étaient plus rouges du côté gauche.

On remarquait, sur la portion de la dure-mère qui recouvre la gouttière basilaire, deux taches rouges correspondant aux parties malades de la moelle.

Pour ne pas trop alonger cette analyse, nous laissons à nos lecteurs le soin de comparer les symptômes aux altérations pathologiques.

Névralgies intermittentes.

M. Richter cite quatre cas de névralgie frontale intermittente, affectant le type quotidien, et accompagnée deux fois de rougeur et de sensibilité de l'œil à la lumière, et une autre fois d'envies de vomir symptomatiques. Dans les deux premiers cas, on a eu recours au sulfate de quinine et à l'opium administrés à l'intérieur; dans le troisième, à l'acétate de morphine employé par la méthode endermique; dans le quatrième, au sulfate de quinine et à l'opium par la méthode endermique. Ce dernier traitement a été plus long que les autres, mais enfin il a été comme eux couronné de succès.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er septembre 1835.

M. Carus est présent à la séance. Cet illustre savant remercie l'Académie de la faveur qu'elle a bien voulu lui faire en lui déférant le titre de correspondant.

— Lettre ministérielle contenant les rapports de MM. Dubrueil et Dugès, de Montpellier, qui ont constaté l'inefficacité du guaco contre le choléra.

— Lettre de M. Robert, de Marseille, annonçant une récrudescence du choléra, durant un violent orage. Ce jour-là, les décès s'élevèrent à trente; le temps étant redevenu serein le lendemain, les décès redescendirent à quinze.

—L'ordre du jour est la suite du rapport de M. Villeneuve sur les charlatans qui usurpent l'approbation de l'Académie. La commission propose, 1° à défaut de pénalité établie sur ce point, de prier le gouvernement d'en établir une. (Dans la précédente séance l'Académie a décidé de renvoyer cet article à la commission pour la réorganisation de la médecine.)

2° Insérer au *Moniteur* les approbations accordées par l'Académie aux auteurs de remèdes nouveaux.

— M. Carus a la parole pour communiquer à l'Académie les dessins d'un cas de grossesse intra-pariétale (interstitielle), à joindre à ceux déjà publiés.

M. Velpeau rappelle qu'il existe dans la science vingt ou vingt-cinq cas analogues. Il pense que cet accident résulte de l'incarcération de l'œuf dans la portion intra-pariétale de la trompe, et développe les raisons anatomiques et physiologiques qui appuient cette opinion. Il croit, en outre, que le fœtus peut, en grossissant, rompre la portion des parois qui le sépare de la cavité utérine et sortir ensuite par les voies naturelles, de même que la rupture peut avoir lieu dans l'abdomen; du reste ce n'est qu'une présomption qu'aucune observation n'appuie.

M. Roux pense comme M. Velpeau sur le mécanisme de cette grossesse, mais il ne croit pas que le fœtus puisse passer par rupture dans la matrice, la cavité de celle-ci étant trop étroite pour le recevoir.

M. Velpeau trouve des analogies en sa faveur dans les corps fibreux qui viennent se loger dans la cavité utérine; il fait observer que, même dans la grossesse abdominale, l'utérus se développe et sa capacité augmente; du reste, il le répète, son opinion est une simple présomption.

M. Roux ne trouve pas de similitude entre les corps fibreux qui, placés près de la surface interne de l'utérus, distendent, amincissent le tissu de l'utérus, sans même le rompre, et l'œuf qui aurait à vaincre la résistance des parois épaissies par le fait de la grossesse.

M. Capuron admet les idées théoriques de M. Velpeau qui termine en disant que puisqu'il n'existe point de faits connus, il est inutile de discuter.

— M. Gerdy fait voir un sujet qu'il a guéri d'une hernie par son procédé, qui consiste, comme on sait, à repousser les tégumens dans le canal herniaire et à provoquer l'agglutination de ces tégumens.

Séance du 8 septembre.

Grossesse interstitielle.

M. Velpeau revient sur les cas de ce genre. Il a dit dans la séance dernière que l'on en connaissait vingt à vingt-cinq exemples au lieu de six qu'avait rassemblés M. Breschet dans son mémoire; mais tous ne sont pas également authentiques. Il importe donc d'examiner avec soin ceux qui se présentent, pour fixer les caractères de cette déviation. M. Breschet, pour expliquer le siége de l'œuf dans les parois de l'utérus, a prétendu que l'ovule en descendant dans la trompe pouvait changer de route et s'engager dans l'orifice de quelque sinus veineux. Mais M. Velpeau n'a jamais découvert de ces sinus dans l'utérus en l'état de vacuité. L'explication de M. Geoffroy-Saint-Hilaire ne résout pas davantage la difficulté. Il pense donc que ces cas de grossesse interstitielle ne sont que des cas de grossesse tubaire. Ce qui le confirme dans cette opinion, c'est que dans quatre cas de grossesse évidemment tubaire qu'il a examinés, il a vu la trompe tellement rétrécie à ses deux extrémités, qu'il pouvait à peine en distinguer le pertuis. M. Velpeau avait dit, dans la dernière séance, qu'il n'existait pas de faits qui prouvassent la terminaison de la grossesse interstitielle par l'expulsion de l'œuf par l'utérus et le vagin : il en a trouvé depuis. Paturne, Hay, Laugier, Herbin, Mondat, ont publié divers faits où cette terminaison paraît avoir eu lieu. Ces faits, sans doute, ne donnent pas une démonstration directe, puisque les femmes ont survécu, mais ils présentent tout ce qu'on peut avoir sur la question, des probabilités. Dans la pièce anatomique qu'avait annoncée et que présente M. Velpeau, on voit que la cavité utérine est assez élargie; le kyste qui contenait l'œuf communique avec la partie externe de la trompe; mais sa partie interne est obstruée.

— M. Pinel-Granchamp présente une pièce anatomique qui a trait à la même déviation. Cette pièce a été recueillie sur une femme de trente-deux ans, enceinte de deux mois environ, qui, saisie tout à coup de vomissemens et de selles abondantes, avec froid aux extrémités, suffocation, etc., expira en quelques heures sans avoir perdu sa connaissance. A l'autopsie, on trouva les organes cérébraux et thoraciques sains, mais exsangues; le cœur flasque et vide; la cavité péritonéale remplie de sang; dans le bassin une quantité de caillots équivalant à une livre et demie à peu près. L'utérus avait le volume

qu'il offre à six semaines ou deux mois de gestation. A l'angle gauche de cet organe était une tumeur présentant en arrière une assez petite ouverture et par où s'était faite sans doute l'hémorrhagie. Cette tumeur formait une poche contenant un œuf assez peu distinct : cependant le placenta est reconnaissable, et l'on y voit les vestiges des membranes. L'embryon n'a pu être retrouvé. La trompe passe en arrière de la tumeur. M. Thomson, qui a préparé la pièce, a fait passer un fil métallique dans les deux tiers externes de la trompe. Le tiers interne, mis à nu, n'a présenté d'autre communication avec le kysté qu'un orifice presque microscopique. Le calibre de la trompe n'est augmenté en aucun point de son étendue. Le kyste paraît d'une capacité propre à contenir une aveline. La cavité utérine était un peu accrue et ses parois épaissies; elle contenait une membrane caduque complète, ouverte près du museau de tanche, mais sans ouverture des trompes. Enfin, dans l'ovaire gauche, qui avait fourni l'ovule, se voyait la cicatrice jaune.

M. Velpeau remarque que ce fait, qui présente bien ce qu'on est convenu d'appeler grossesse interstitielle, s'accorde parfaitement avec la théorie qu'il a admise, puisqu'on a reconnu une communication entre la trompe et le kyste. — M. Moreau partage l'opinion de M. Velpeau, sur les grossesses interstitielles. Il ne croit pas que l'ovule puisse pénétrer dans le tissu utérin. Il faut toutefois tenir compte de certaines anomalies de la trompe qui, comme dans un cas publié par M. Baudelocque neveu, peut présenter un diverticulum qui parcourt les parois de l'utérus et s'ouvre près de son col.

ORTHOPÉDIE. — *Ceinture à levier pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale.*

M. Bricheteau, en son nom et en celui de MM. Husson, Double et François, fait un rapport sur une ceinture à levier, présentée par M. Hossard, d'Angers. La pièce principale est une ceinture en cuir d'environ quatre pouces de largeur sur deux pieds six pouces de longueur, et mollement rembourrée en dedans. Cette ceinture doit embrasser le tronc et être solidement fixée sur les hanches. Une douille en acier est annexée à la partie postérieure au dessous de l'aisselle gauche, pour recevoir une sorte de béquille en acier. Sur la partie postérieure et vis-à-vis le sacrum, se trouve encore fortement cloué une espèce de cadran également en acier et muni d'une crémaillère pour recevoir un levier aplati nommé busc, qui doit s'incliner vers la gauche. De plus, une courroie à double chef partant de la ceinture en avant et près de la douille, vient s'attacher aux boutons du busc, après avoir traversé obliquement une partie de la poitrine au dessous du sein, et embrassé à droite la partie la plus renflée de l'axe formé par la courbure dorsale des vertèbres. Pour que cette ceinture soit immobile et offre au levier un point fixe où est toute sa puissance, une courroie large et rembourrée la retient solidement; à cet effet, ses deux chefs viennent s'attacher par devant et par derrière, et sa partie moyenne est fixée dans le pli de la cuisse du côté droit; c'est un véritable sous-cuisse. L'appareil ainsi appliqué doit être agraffé du côté droit, au moyen de boucles et de courroies dont il est muni. Lorsqu'il est convenablement serré, on met en jeu le busc et on le dirige en sens inverse de la concavité de la courbure qu'on veut effacer. Quand on agit énergiquement à l'extrémité du levier, son action peut être assez puissante pour faire disparaître sur-le-champ, mais momentanément, une déviation assez considérable de la colonne. Suivant l'auteur, le levier fortement fixé dans le cadran immobile, efface, lorsqu'il est ramené à droite, la courbure inférieure de l'épine, en entraînant le tronc à gauche, tandis que le sujet, pour se maintenir en équilibre, se rejette à droite, et diminue l'arc de la courbure supérieure : ainsi, dit-il, se trouve combattue la double incurvation qui se montre dans presque toutes les déviations vertébrales. La béquille n'est employée que dans le cas où la courbure supérieure offrant trop de résistance, un point d'appui plus ou moins élevé devient nécessaire au bras gauche pour rejetter à droite la partie correspondante de la colonne. La ceinture n'est employée que le jour, et n'empêche pas les malades de se livrer à la marche et à quelques exercices du corps appropriés.

M. le rapporteur fait observer que cet appareil semble établi sur le même principe que le levier employé par Venel pour les pieds-bots, et qu'il a quelque analogie avec le *corset à inclinaison latérale* gravé dans l'ouvrage de Delpech. Mais Delpech ne l'employait que comme moyen accessoire, et le sous-cuisse destiné à fixer le point de résistance du levier, pièce très importante, est de l'invention de M. Hossard.

La commission, dit M. le rapporteur, doit déclarer que deux des trois malades présentées par M. Hossard, et dont elle a observé le traitement, après avoir scrupuleusement constaté l'état de la difformité, lui ont paru guéries au bout de quatre mois et treize jours. Les plâtres mis sous les yeux de l'Académie représentent les parties déviées revenues à l'état normal. Quoiqu'on ne puisse proclamer sans réserve l'efficacité de ce procédé qui, de l'aveu de l'auteur même, n'est pas applicable à l'universalité des cas, il a semblé aux commissaires que l'action du levier employé avait une grande force, surtout quand l'artiste établissant la puissance à l'extrémité voulait redresser les courbures inférieures ou dorso-lombaires de la colonne. Une des malades présentées n'a pas guéri entièrement, et la commission ne saurait affirmer jusqu'à quel point les deux autres guérisons seront durables. L'application de la ceinture ne lui a paru, du reste, sujette à aucun inconvénient, et doit redresser les déviations latérales en assez peu de temps.

Cette conclusion est adoptée après une longue discussion.

Séance du 15 septembre.

M. Jules Guérin adresse une lettre tendant à infirmer le rapport approuvé par l'Académie sur la ceinture orthopédique de M. Hossard. Il prétend que les deux premiers sujets réputés guéris en quatre mois, étaient depuis un an en traitement à Angers. Il prétend même que chez le second la ceinture avait été appliquée en sens opposé, pour reproduire la courbure de la colonne vertébrale qui fut redressée de nouveau. Il ajoute que chez la troisième personne, femme de chambre chez M. Hossard, la courbure prétendue morbide, avait été artificiellement produite par l'emploi de la ceinture. M. Guérin cite à l'appui plusieurs témoignages. Ces graves inculpations soulèvent de violentes rumeurs dans l'Académie.

L'Académie décide que la lettre sera envoyée à la commission à laquelle seront adjoints MM. Ollivier (d'Angers) et Londe.

— M. Piorry a la parole pour un rapport sur le travail de M. Coudret relatif à ce qu'il appelle l'*électropathie*; la commission s'est livrée à de nombreuses expériences d'où il résulte que l'instrument appelé *électro-moteur* décèle la présence de l'électricité dans l'économie, électricité dont il produit la soustraction dans certains cas. Cette soustraction a produit d'heureux résultats dans un certain nombre d'affections morbides, particulièrement dans l'ophthalmie, la névralgie, la dysménorrhée. C'est un modificateur acquis à la thérapeutique. M. le rap-

porteur conclut à ce qu'on adresse des remercîmens à l'auteur en l'engageant à publier son travail,

Une vive discussion s'engage, dans laquelle les membres de la commission expriment des opinions fort différentes et se déchargent de la responsabilité du rapport.

L'Académie adopte le renvoi à la commission et l'ajournement indéfini du rapport.

Séance du 22 septembre.

M. Hossard adresse à l'Académie une lettre en réponse à celle de M. Guérin. Il nie les faits qui sont exposés dans la lettre de ce dernier, et qui, suivant lui, ne sont basés que sur le témoignage de personnes peu dignes de confiance. Il se propose de remettre plus tard toutes les pièces à l'appui de ce qu'il avance.

— M. Bouvier envoie quatre plâtres qui ont été moulés, l'un sur une enfant de neuf ans et demi, élevée à faire des tours de souplesse; l'autre sur une ouvrière de dix-neuf ans, servant de modèle dans les ateliers de peinture. Ces deux sujets, qui sont bien conformés, ont pu être amenés, en quelques minutes, par de simples mouvemens volontaitaires, à une position qui simule de la manière la plus trompeuse des difformités considérables du tronc, et qu'ils ont pu garder sans aucun moyen contentif, en même temps qu'ils se livraient à des mouvemens de locomotion. Les plâtres représentaient ces sujets dans la position vicieuse artificielle et dans la position normale. Ils peuvent servir à éclairer sur les supercheries qui peuvent être commises au sujet de l'orthopédie.

— Le prochain *Fascicule des Mémoires de l'Académie* sera composé des travaux suivans : *Eloge de Chaussier*, par M. Pariset; *Programme des sujets de prix* proposés dans la séance publique du 7 juillet 1835; *Notice sur la peste de Moscou* en 1771, par M. Gérardin; *Mémoire sur les hernies interstitielles*, par M. Goyrand; *Quelques observations sur l'inutilité de l'inflammation pour la cicatrisation des plaies*, par M. Macartney; *De l'abolition des chaînes à Bicêtre*, par M. Pinel; *Rapport sur les propriétés du sublimé corrosif pour la conservation du bois, et des effets de cette préparation sur la santé des marins*, par M. Keraudren.

Luxations scapulo-humérales.

M. Lisfranc lit en son nom et au nom de MM. Amussat et Baffos, un rapport sur un travail de M. Malgaigne, intitulé : *Mémoire sur la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales.* Dans ce travail, M. Malgaigne n'est point d'accord sur tous les points avec les autres pathologistes qui ont traité la même question avant lui. Voici quelques unes de ses idées : La cavité glénoïde qui reçoit la tête de l'humérus est entourée en haut, en avant et en arrière, par une une forte voûte osséo-fibreuse, appelée acromio-coracoïdienne. Cette voûte, qui descend plus bas en arrière qu'en avant, rend déjà les luxations postérieures plus difficiles que les luxations antérieures, tandis que manquant totalement en bas, elle semble favoriser les luxations en ce sens plus que toutes les autres; mais un autre obstacle se présente alors, c'est la capsule. La capsule scapulo-humérale, bien que très lâche, ne l'est pas assez pour permettre à la tête humérale de se luxer, excepté en avant, et encore d'une manière incomplète; pour toutes les autres luxations, il faut qu'elle soit préalablement rompue au moins dans la moitié de sa circonférence. Mais telle est la longueur exacte des diverses parties de la capsule, que quand les trois quarts inférieurs même seraient déchirés, le quart supérieur résistant encore, ne permettrait pas à la tête humérale de se luxer en bas, dans le lieu que les auteurs lui assignent; elle se place alors presque nécessairement sous l'apophyse coracoïde. De ce qui précède, M. Malgaigne tire les conclusions suivantes : 1° Toutes choses égales d'ailleurs, la luxation sous l'apophyse coracoïde est la plus facile; 2° la tête peut se luxer sous cette apophyse sans rupture de la capsule, mais alors sa luxation est incomplète; 3° toute luxation complète ne peut se faire sans que la capsule soit déchirée au moins en partie; 4° la tête ne peut se placer sur la côte de l'omoplate, dans la fosse sous-scapulaire, dans la fosse sous-épineuse, sans déchirure de la capsule; 5° toute luxation de l'humérus rend le bras plus long lorsqu'on le mesure rapproché du tronc; 6° enfin, les dimensions de cette voûte étant sujettes à varier, la cavité glénoïde sera moins défendue, les luxations devront être plus aisées, soit à produire, soit à réduire. M. Malgaigne a appuyé ses conclusions par des expériences sur le cadavre, où la tête de l'humérus se luxait toujours sous l'apophyse coracoïde. D'où il résulte que la prétendue luxation en bas n'est, suivant lui, qu'une luxation sous-coracoïdienne. M. Malgaigne ne connaît qu'un cas de luxation en bas proprement dite; ce cas a été rapporté par Desault. Relativement à la luxation incomplète, M. Malgaigne fait dire à Astley Cooper que, dans cette luxation, la tête de l'os se trouve en dehors de l'apophyse coracoïde, et il combat cette opinion qui, du reste, n'est point celle du chirurgien anglais. M. Malgaigne admet la luxation incomplète, mais alors, dit-il, la tête est toujours sous l'apophyse coracoïde. Il ajoute que sir A. Cooper regarde cette luxation comme la plus fréquente, et cependant jamais ce dernier n'a tenu ce langage.

La lecture de ce rapport est suivie d'une discussion. M. Velpeau affirme que l'alongement du membre n'a pas lieu dans tous les cas de luxations de l'épaule, et il cite deux faits à l'appui. Sur les cadavres, l'alongement est physiquement impossible, parce que la tête de l'humérus remonte sous l'omoplate. M. Malgaigne, en niant la luxation en bas, ne fait qu'une dispute de mots; partout les auteurs ont entendu par luxation en bas, la luxation en dedans et en bas. Quant à la luxation incomplète, M. Velpeau admet qu'il y a lieu de douter sur la plupart des cas cités par les auteurs, et il n'avance rien de bien positif sur ce sujet.

M. Lisfranc soutient que dans toutes les luxations de l'épaule il y a alongement. « Duverney, dit-il, s'est exprimé d'une manière si vague sur ce signe, que les idées de M. Malgaigne lui appartiennent complétement. Et cependant il ajoute immédiatement après : « Pendant dix-huit ans, dans mes cours d'opérations, j'ai observé des luxations sur les cadavres, et j'ai toujours constaté l'alongement. — » M. Lisfranc considère la luxation directement en bas comme possible, mais comme fort rare. Il a présenté, en 1823, à l'Académie, une pièce qui prouve la réalité de la luxation incomplète. M. Ficher en a présenté une autre à la Société anatomique.

M. Velpeau insiste sur l'impossibilité de considérer l'alongement du membre comme un signe constant de toutes les luxations de l'épaule. Les deux faits qu'il a cités, et qui ont été observés par lui-même, sont irrécusables. La règle posée par M. Malgaigne n'est donc point sans exception. M. Velpeau regarde d'ailleurs comme peu importantes les variétés établies.

Séance du 26 septembre.

M. Renauldin donne lecture d'un mémoire du docteur Fricke, de Hambourg, sur l'*épisioraphie* ou suture du vagin. Ce chirurgien fait à chaque grande lèvre une déperdition de substance en forme de V,

rapproche les bords de la division, et le *pudendum*, ainsi rétréci, s'oppose à la chute ultérieure de l'utérus.

— M. Sabatier a la parole pour la lecture d'un travail de M. Kœlher, chirurgien polonais, sur un *moyen de réduire les hernies étranglées sans opération*. Ce moyen consiste dans l'application d'une large ventouse près de la tumeur herniaire, ou mieux sur cette tumeur qui se trouve ainsi augmentée, et se réduit ensuite avec plus de facilité, mécanisme que M. Sabatier explique d'une manière très spécieuse. Ce moyen, du reste, n'est pas nouveau, de l'aveu même de l'auteur. il rapporte vingt-deux cas où ce procédé a constamment réussi, et dont dix-neuf lui sont propres. (Commissaires, MM. Maingault et Amussat.)

— M. Devillers li tun long rapport sur un travail de Madame Rondet, relatif à la *cystocèle vaginale*, et conclut très favorablement.

Après une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Velpeau, Maingault, Villeneuve, Gérardin, Bousquet, etc., l'Académie décide qu'on bornera les conclusions à de simples remercîmens à l'auteur.

Séance du 29 septembre.

Le collaborateur de Grœfe, le docteur Walther, de Munich, est présent à la séance.

— M. Guibourt lit un rapport sur un travail de M. Fleury, de Rennes, sur la *reproduction des sangsues*. L'auteur conseille, pour en conserver l'espèce qui menace de s'éteindre en France, 1° d'en interdire la pêche pendant la saison de la ponte; 2° d'interdire la pêche de celles au dessous d'un volume ou d'un poids déterminés; 3° d'assujétir le droit de pêche à une certaine rétribution; 4° de placer cette pêche sous la surveillance des gardes-champêtres. M. le rapporteur trouve que ces moyens sont insuffisans, et propose celui-ci : Replacer dans des étangs *ad hoc* les sangsues, qui ont déjà servi, pour les repêcher à une époque plus ou moins éloignée. L'expérience a déjà été faite par M. Desportes, administrateur des hôpitaux, lequel a fait jeter dans un étang de sa campagne les sangsues qui avaient servi dans les hôpitaux, et qui, six mois après, ont été livrées gratis aux habitans des environs, qui s'en sont servi avec avantage, malgré la répugnance qu'ils avaient d'abord manifestée pour ces animaux, qu'ils savaient avoir été employés sur d'autres malades.

M. Virey approuve ce moyen, ajoutant qu'il est d'observation que les sangsues qui ont servi sont plus fécondes que les autres.

M. Husson dit avoir conservé, pendant plusieurs années, des sangsues qui ont successivement servi sans inconvénient à toute sa famille. Pour les faire dégorger, on les prend par la tête, et on les presse entre deux doigts, en glissant vers l'anus par lequel le sang est évacué. L'animal ne paraît point en souffrir, et reprend sa vivacité dans l'eau. Les autres moyens de dégorgement sont également connus.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées, sauf de légères modifications.

— M. Marc lit un rapport favorable sur le lit de M. Vallat pour le sauvetage des ouvriers des mines.

— M. Nacquart fait un rapport sur le choix de la section dans laquelle on pourvoira à la nomination d'un membre, et conclut pour la section d'anatomie pathologique. (Adopté.)

— M. Amussat présente, au nom de M. Thomson, un instrument applicable à l'anus contre nature. C'est une espèce de robinet métallique que le malade peut ouvrir et fermer à volonté.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS.

Séance du 7 septembre 1835.

État électrique de l'atmosphère avant et pendant la pluie.

M. Pelletier expose, dans une lettre, le fait suivant, qui prouve le retour d'un courant énergique lors des premières gouttes de pluie, et qui est intéressant, non seulement en ce qu'il indique clairement l'état de l'atmosphère dans lequel nous sommes alors plongés, mais encore parce qu'il coïncide avec l'état de maladie qu'on éprouve dans le moment qui précède certaines pluies d'été.

« Vendredi dernier, 4 septembre, le temps s'était maintenu beau, la température était élevée, et le sol avait donné des signes d'électricité négative jusqu'à cinq heures de l'après-midi. Depuis quelques instans les vapeurs devenaient visibles, quelques nuages peu puissans apparaissaient, et bientôt des gouttes d'eau tombèrent, rares, en petite quantité, mais constamment pendant une demi-heure. A peine les premières gouttes étaient-elles tombées, que le multiplicateur donna des signes d'un courant contraire; il indiqua qu'un courant négatif descendait de l'atmosphère au sol. Bientôt je vis un jet continuel d'étincelles électriques entre le fil ascendant qui s'élève jusques au dessus des cheminées, et le multiplicateur dont le prolongement communique au puits; il indiquait une grande intensité dans l'électricité négative de l'air qui environnait la maison. A six pouces de distance de ce fil, les feuilles d'or de l'électroscope étaient projetées, et cependant, pour n'avoir pas à jouer avec un courant dangereux, je n'ai donné à ce fil qu'un cinquième de millimètre de diamètre. Ce courant continu dura vingt minutes, puis diminua, et bientôt cessa tout à fait. La pluie était devenue abondante; le multiplicateur, un instant incertain, reprit son indication habituelle, savoir, l'état négatif du sol, mais très affaiblie. »

— Les séances du 14, du 21 et du 28 ne contiennent, sur des sujets qui intéressent la médecine, qu'une polémique écrite entre MM. Coste et Thomson, d'une part, et M. Velpeau de l'autre, sur des faits d'embryogénie.

NOUVELLES.

La séance publique annuelle, pour la distribution des prix, aura lieu à l'École de Médecine de Paris le 2 novembre. M. Broussais prononcera le discours d'usage.

Les cours d'hiver commenceront du 3 au 5, et le registre d'inscription sera ouvert, à partir du 2 novembre jusqu'au 15 inclusivement, de neuf heures à midi.

— La loi sur l'organisation de la médecine est, dit-on, enfin élaborée complétement. On croit qu'elle pourra être présentée dans la session prochaine, aussitôt qu'on aura voté la loi sur les études secondaires.

— Une commission, composée de professeurs de l'École de médecine et de l'École de pharmacie, vient d'être nommée pour la traduction en français du *Codex*.

— La république de Colombie vient d'envoyer au pape Grégoire XVI un cadeau, consistant dans une certaine quantité de quinquina, nommé *pitaya* chez les indigènes de l'Afrique du Sud. L'arbre dont on retire ces écorces croît naturellement sur le mont Pitayo de la Nouvelle-Grenade, d'où vient le nom de cette substance.

— Le choléra-morbus diminue de jour en jour dans la plupart des villes du Midi.

— Le gouvernement a nommé une commission

composée de trois médecins, MM. Andral, Rostan et Ferrus, pour aller au château de Ham visiter les prisonniers et faire un rapport sur leur santé (en particulier celle de M. de Chantelauze) et sur la salubrité de la forteresse.

— M. Destrabode vient d'obtenir le titre de chirurgien-dentiste du Roi, par brevet en date du 18 juillet 1835.

— Par ordonnance du 21 juillet, MM. Legris et Quoy, seconds médecins en chef de la marine, ont été nommés premiers médecins en chef. MM. Repey et Fischer, médecins-professeurs, ont été nommés seconds médecins en chef.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE.

Je viens soumettre aux médecins, pères de famille, et à tout homme qui voudra réfléchir, le projet que j'ai conçu, et auquel je donne un commencement d'exécution. Que ceux qui l'approuvent m'encouragent et m'éclairent. Que ceux auxquels il paraîtra susceptible de critique veuillent bien attendre le résultat d'une expérience nouvelle quant aux études médicales, mais appuyée, pour les autres études, sur les antécédens nombreux et propres à porter la conviction dans les esprits.

Il existe une lacune entre les études appelées classiques et les études spéciales qui conduisent à une profession. Les études classiques elles-mêmes semblent insuffisantes, puisqu'on voit des élèves sortant des colléges obligés de se *faire préparer* aux examens du baccalauréat, et qu'on lit sur la porte d'un établissement d'éducation, à Paris: *Institut* COMPLÉMENTAIRE *des études classiques.*

Cette lacune a déjà été aperçue, et comblée en quelques genres, par les écoles *préparatoires*, aux Ecoles Polytechnique, Militaire, de la Marine, du Commerce, etc. Comment se fait-il qu'on n'y ait pas encore songé pour la médecine, ou du moins qu'aucune tentative efficace n'ait encore été entreprise?

Plus tard, peut-être, le Gouvernement, considérant la supériorité des études faites dans des écoles où les élèves sont soumis à une surveillance et à une direction spéciales, sera-t-il conduit à fonder une école de médecine sur le plan de l'Ecole d'Alfort ou de l'Ecole Polytechnique: ce sera un grand bienfait dont l'initiative lui appartient. Essayons seulement, par une facile expérience, d'indiquer une amélioration progressive et sans secousse.

L'établissement d'une *Ecole préparatoire de médecine* serait une mesure de transition, et dont on ne tarderait pas à reconnaître les avantages, comparativement à l'état actuel des choses.

D'après l'organisation des Facultés et le nombre des élèves qui s'y présentent chaque année, il y a pour ces derniers une perte considérable de temps et d'argent. Jeté seul, à Paris, au milieu d'un monde nouveau, entouré de séductions de toute espèce, privé de conseils pour sa conduite et de direction pour ses études, quel est l'étudiant qui n'ait perdu presque toute sa première année? Heureux encore s'il n'a perdu que du temps, et s'il n'a pas reçu de plus funestes atteintes sous le rapport de la santé et de la moralité! De là les études incomplètes, puis les veilles pour réparer le temps perdu, le jeûne et les autres privations pour dissimuler les folles dépenses, et, au bout de tout cela, l'ignorance, la maladie et quelquefois le déshonneur; sans parler encore des dangers d'un autre genre que font courir aux jeunes gens les perturbateurs, qui les poussent en avant, et qui, exploitant à leur profit l'inexpérience et l'enthousiasme de leur âge, les engagent dans de funestes voies.

A Dieu ne plaise que nous n'exagérions volontairement le mal, et que nous méconnaissions les excellentes intentions de la Faculté! Sans doute, plus qu'autrefois, des avis sur les cours à suivre sont affichés à l'Ecole, et les élèves y sont avertis qu'ils doivent, à la fin de la première année, passer un examen. Mais de ces avis, en profite qui veut, et personne n'est responsable du résultat.

Aucun lien n'existe entre le professeur et les élèves: celui-ci vient chaque jour faire ses leçons; mais sait-il quels sont ceux qui l'écoutent? Prend-il à eux quelque intérêt d'affection ou d'amour-propre? Non, sa leçon est faite, son auditoire était nombreux, son devoir est rempli, et sa réputation est assurée.

Mais les parens ont-ils quelque garantie? Leurs enfans suivent-ils assidûment les cours, ou n'y vont-ils que d'une manière irrégulière? et s'ils sont présens aux leçons, en tirent-ils quelque profit, ou font-ils seulement un acte de présence matérielle, comme cela n'arrive que trop souvent?

Hors des cours, les élèves auraient besoin d'être guidés dans le choix de leurs lectures, de recevoir des répétitions, d'être exercés par des conférences, des compositions, des manipulations, et autres moyens d'enseignement dont le plus grand nombre ne peut disposer; car, il ne faut pas se le dissimuler, l'homme a besoin d'être excité au travail, surtout dans un âge où il n'en voit pas encore parfaitement et immédiatement l'application utile et l'indispensable nécessité.

Dans les Universités d'Allemagne, où les élèves des Facultés sont en petit nombre, et où il y a, relativement, beaucoup de professeurs, les jeunes gens trouvent dans leurs maîtres secours et conseils, et il s'établit entre eux une intimité qui tourne au profit des études; et jadis, lorsque le maître et le disciple formaient une sorte d'alliance; lorsque le vieux médecin, menant partout avec lui son élève, qui était son commensal, l'initiait à chaque heure du jour aux secrets de son art, était-ce une si mauvaise manière de former des médecins?

Un seul homme, de nos jours, un vrai disciple d'Hippocrate, le respectable Chaussier, avait bien compris la mission du professeur. Le soir, il réunissait chez lui quelques élèves, et là, dans une conversation familière, il exerçait leur esprit à voir et à juger. Ceux qui ont eu le bonheur d'être admis à ces réunions en conservent un souvenir reconnaissant, et pourraient dire ce qu'ils ont gagné dans ces simples entretiens où le professeur disparaissait, et où l'on s'instruisait par la recherche et la discussion. Là, on lisait en commun les ouvrages anciens et modernes; chacun apportait des ex-

traits, des analyses, et chacun profitait du travail des autres, en même temps qu'il fournissait son contingent à l'instruction commune. Comment lisent, pour la plupart, les élèves de nos Ecoles actuelles, quand ils lisent?

Les inconvéniens qu'on a signalés ne tiendraient-ils pas en grande partie à ce qu'on songe trop tard à donner aux études une direction spéciale? C'est ce que quelques personnes ont pensé après avoir mûrement réfléchi, et ce qui a fait naître l'idée de l'*Ecole préparatoire de Médecine.*

Le but qu'on se propose dans cet établissement est d'économiser le temps et l'argent, sans nuire aux résultats, d'offrir aux pères de famille une sécurité qui leur manque, et d'envoyer aux Facultés des élèves parfaitement disposés à profiter des excellentes leçons qui leur y sont offertes.

Qu'on suppose des élèves de quinze ans au moins, sortant des colléges de l'Université; qu'on fixe à deux ans la durée du séjour dans l'Ecole, qui sera organisée sur le modèle de l'Ecole Polytechnique; ne sera-t-il pas permis de croire que ceux qui en sortiront après ce délai seront bien en état, 1° de passer d'une manière satisfaisante leur examen de bachelier ès-lettres; 2° de passer également bien l'examen pour l'externat des hôpitaux de Paris, ou pour entrer dans les hôpitaux militaires ou de la marine? Enfin, serait-il impossible qu'un élève qui aurait bien employé son temps fût en mesure de soutenir l'examen d'officier de santé?

Voici maintenant les moyens très simples par lesquels on pourrait obtenir un résultat pareil. Il ne s'agit que de bien employer le temps et les ressources qu'on possède, en joignant à *l'étude des mots l'étude des choses*, et en s'assurant exactement que les élèves savent bien, en effet, ce qu'ils sont censés savoir. Il ne faut pour cela que du zèle et de la persévérance.

Dans les classes ordinaires, l'étude des langues est peut-être un peu trop exclusive d'autres acquisitions intellectuelles. Pourquoi n'essayerait-on pas de placer dans l'esprit des élèves des faits de divers genres, en même temps que les formes de langage propres à les exprimer? Ainsi, les jeunes gens apprendraient le latin dans Celse, le grec dans Hippocrate, le français dans Cuvier, etc., en même temps qu'ils se familiariseraient avec les *choses* contenues dans ces ouvrages, qui leur serviraient de modèle sous un double rapport.

Le caractère distinctif de l'enseignement proposé ici est d'être toujours *pratique;* de procéder constamment de l'observation des faits à la constatation des règles, et d'obliger les jeunes gens à faire un usage continuel de la méthode analytico-synthétique, espèce de gymnastique essentiellement propre à développer les forces de l'intelligence. Chez nous, les élèves, constamment tenus en haleine, ne seront jamais un instant abandonnés à eux-mêmes; il n'y aura point d'*études*, temps où l'esprit s'abandonne si souvent à l'habitude d'opérer avec lenteur; les *exercices en commun* se succéderont du matin au soir, de manière à ce qu'il ne se perde pas un instant, et que chaque élève soit continuellement sur le *qui vive;* en outre, des exercices publics et des examens devant des commissions instituées par le conseil supérieur, auront lieu de *quatre* en *quatre* mois, et permettront à toute personne intéressée de constater les progrès des élèves, et d'apprécier les soins donnés à leur éducation. Si l'on ajoute à cela qu'il n'y aura point de *vacances*, on comprendra facilement la possibilité de remplir en deux ans les engagemens que nous ne craindrions pas de prendre avec le public. Nous osons espérer que les élèves qui sortiront de l'Ecole *sauront beaucoup*, parce qu'ils *sauront parfaitement;* nous osons espérer aussi que plus d'un demandera à continuer ses études avec les maîtres dont il aura apprécié le dévouement; enfin, nous nous flattons que la Faculté les distinguera parmi ses nombreux élèves, et applaudira à des efforts consciencieux.

Revenons à l'exposé du système d'études que nous nous proposons de suivre. En même temps que les élèves s'occuperont des études *classiques* proprement dites, de celles qui sont exigées pour le titre de bachelier ès-lettres, auquel ils doivent parvenir, d'autres études spéciales commenceront pour eux.

D'abord la physique, la chimie et la botanique, étudiées *sur les faits*, en *vérifiant* immédiatement les meilleurs auteurs, de telle sorte qu'il y ait toujours pour les élèves simultanéité de perception et d'examen, et qu'ils soient à chaque instant obligés de rendre compte de ce qu'ils ont appris; de formuler leurs opinions d'une manière claire et intelligible; de les discuter et de les soutenir, soit contre leurs condisciples, soit contre les professeurs, tant verbalement que par écrit, et indistinctement dans les diverses langues qu'ils étudieront, et même en appelant le dessin à leur aide. Ils dresseront des tableaux synoptiques et feront des résumés, travaux plus utiles à ceux qui les font qu'à ceux qui les achètent tout faits.

On n'a pas besoin de faire ressortir les avantages d'une semblable manière de travailler, ni de dire combien ceux qui l'auront suivie en éprouveront d'heureux résultats pour leurs examens et pour les concours; et, ce qui est plus important que tout le reste, combien de semblables habitudes d'esprit sont propres à former des praticiens capables et judicieux.

Chaque jour amènera aux élèves des connaissances nouvelles. Accoutumés qu'ils seront à tirer d'un livre *tout* ce qui y est, et à rapporter, sans y manquer jamais, ce qu'ils voient pour la première fois avec ce qui leur est déjà familier, ils avanceront dans la carrière d'un pas mesuré, mais ferme et soutenu, et arriveront au terme, possesseurs d'un fonds qui leur appartiendra véritablement, et dont ils seront toujours prêts à tirer bon parti.

S'ils apprennent *de la* médecine et *de la* chirurgie en apprenant le latin, le grec et le français; s'ils étudient dans ces mêmes livres la philosophie, ils apprendront le dessin en dessinant et en peignant de l'anatomie humaine et comparée, et de l'anatomie végétale; et ces objets, qu'ils auront reproduits avec soin et à loisir, on les leur fera représenter immédiatement et à grands traits sur le tableau noir, et on les obligera d'indiquer les applications pratiques qu'ils auront déduites de leur étude.

Pour la chimie et la physique, es expériences (on en peut faire beaucoup sans avoir besoin de magnifiques cabinets); pour la botanique, les bois et les champs; pour l'anatomie, les *dissections d'animaux* (1), les planches, les pièces en cire, les pièces de M. Auzoux; pour la physiologie, l'observation de *soi-même* et *des autres*, les vivisections; pour la toxicologie et la matière médicale, l'étude des substances par tous les sens, les expériences sur les animaux vivans, et les recherches médico-légales instituées sur leurs cadavres; tel est, en abrégé, le tableau des moyens de donner aux élèves cette instruction pratique que la masse possède si rarement.

Qui nous empêchera de les exercer à pratiquer les uns sur les autres les diverses explorations du cœur, du pouls, des organes respiratoires, et de leur faire acquérir ainsi la connaissance de l'état sain, auquel il leur sera facile, plus tard, de rapporter l'état morbide. Si nous étudions les bandages, nous dirons à l'élève, ou plutôt aux élèves: « Le fémur est brisé au milieu; faites un appareil d'après ce que vous savez d'anatomie et de pathologie chirurgicale. » Si nous faisons de la médecine opératoire, nous lui dirons: « Une pierre est dans la vessie; cherchez les moyens de l'en tirer, ou choisissez parmi les moyens proposés à diverses époques, et que vous connaissez. Liez-moi l'artère crurale sur ce chien, etc. Traitez-le de cette plaie, de cette fracture. Regardez, et souvenez-vous, pour appliquer plus tard. » Chaque élève parlera à son tour, et du choc des opinions résultera une lumière qui brillera pour tout le monde.

L'hôpital Beaujon, placé à deux pas de l'établissement, ne sera-t-il pas pour nous une excellente école de clinique chirurgicale et médicale?

Qu'est-ce d'ailleurs que ce mode d'enseignement, si ce n'est celui qu'ont spontanément suivi tout ce qu'il y a eu d'hommes distingués; celui dont nous avons tous usé plus ou moins lorsque, sortis des classes, et poussés par la nécessité, mère de l'industrie, nous avons été livrés à nous-mêmes; celui que tous les pères de famille reconnaîtront, comme l'ayant cent fois désiré et imaginé eux-mêmes, lorsqu'ils ont enseigné quelque chose à leurs enfans; celui enfin que tout médecin employerait s'il avait le loisir de diriger lui-même l'éducation médicale de son fils?

On conçoit, d'après le système qui vient d'être exposé, que les encouragemens et les récompenses joueront un rôle plus fréquent que les réprimandes et les punitions dans la direction des élèves. Les prix seront non seulement honorables, mais encore utiles; ils consisteront dans des médailles d'or de *cent* à *cinq cents francs* et dans une RÉCEPTION GRATUITE A LA FACULTÉ pour l'élève qui aura remporté deux fois de suite le premier prix.

Pour assurer l'exécution matérielle de ce projet, j'ai pensé que le meilleur moyen était de greffer, pour ainsi dire, l'Ecole préparatoire sur un établissement déjà constitué, qui fût prêt à recevoir les élèves et à leur offrir toutes les ressources nécessaires dans leurs études. C'est dans cette vue que j'ai accepté l'offre du directeur du *Lycée national*, de former une division spéciale dans sa maison (1).

Déjà plusieurs élèves sont arrivés pour commencer leurs études spéciales, et nous comptons au prochain examen prouver qu'ils ont bien employé leur temps.

Nous avons déjà recueilli l'assentiment de la plupart des médecins auxquels nous avons communiqué cette idée qui nous occupe depuis long-temps, et la presse médicale périodique nous a accordé tout à la fois une approbation et un moyen de publicité dont nous sommes reconnaissans.

Nous entrons avec confiance dans une carrière où il faut moins de talent peut-être que de zèle, d'assiduité, d'affection pour les élèves et de désir de les voir faire des progrès réels.

F. RATIER, D.-M. P.,
Directeur-Fondateur de l'Ecole préparatoire de Médecine.

(1) Nous signalons cette idée à M. le doyen. Pourquoi, dans les pavillons de l'Ecole, ne disséquerait-on pas des animaux lorsque les cadavres humains manquent, comme cela est fréquent? Alors on ne verrait pas les élèves perdre souvent *plusieurs jours* en attendant un sujet.

Dans l'étude de l'anatomie comparée, on conclut de l'homme aux animaux; pourquoi ne pas conclure des animaux à l'homme? N'est-on pas obligé de faire ainsi pour la toxicologie et la physiologie expérimentale?

(1) Voyez pour les conditions le cahier précédent de ce journal.

ERRATA du numéro de Septembre.

Page 108, 2e colonne, ligne 55, *urètre rétrécie*; lisez *rétréci*.
Page 108, 2e colonne, ligne 56, *fermée*; lisez *fermé*.
Page 109, 1re colonne, ligne 21, *M. D....*; lisez *M. L.....*
Page 109, 1re colonne, ligne 46, *Decamp*, lisez *Ducamp*.
Page 109, 1re colonne, ligne 52, *recouvrir*; lisez *recouvrer*.
Page 109, 1re colonne, ligne 67, *à la direction*; lisez *à sa direction*.
Page 109, 2e colonne, ligne 11, *le touchent*; lisez *se touchent*.
Page 110, 1re colonne, ligne 7, *répondait*; lisez *répondrait*.
Page 110, 1re colonne, ligne 28, *viennent enfin*; lisez *vient*.
Page 111, 2e colonne, ligne 14, *à des époques déterminées*; lisez *à des époques indéterminées*.
Page 112, 1re colonne, ligne 50, *reconnaître ces fièvres*; lisez *reconnaître le type de ces fièvres*.
Page 121, 1re colonne, ligne 62, *et se logea à la pointe des pieds*; lisez *et se jugea à la pointe des pieds*.
Page 129, 1re colonne, ligne 43, *N'avez-vous pas les ressources*; lisez *N'usez-vous pas des ressources*.
Page 129, 2e colonne, ligne 63, *ces circonstances*; lisez *hors ces circonstances*.
Page 130, 1re colonne, ligne 21, *sans les avoir prouvées*; lisez *sans les avoir éprouvées*.

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VI. — DÉCEMBRE 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. MÉMOIRE SUR LA CONTAGION EN GÉNÉRAL ET SUR L'INFECTION MIASMATIQUE EN PARTICULIER (1).

I.

Considérations préliminaires.

1. La transmission d'une maladie spéciale ou spécifique d'un individu malade à un individu sain, de manière à ce que celui-ci présente à son tour tous les phénomènes morbides de l'affection transmise, est un fait positif et irrécusable, constaté par l'observation des siècles et avoué de tous les médecins.

2. On a donné aux maladies qui se reproduisent ainsi par la génération les unes des autres le nom de contagieuses, et le mode de communication par lequel a lieu la transmission du mal, celui de contagion.

3. Toutefois, tous les médecins ne sont pas d'accord sur la généralité et la constance des faits qui caractérisent ou du moins doivent caractériser la contagion : de là leur division en deux camps ; savoir : les uns admettent le principe contagieux dans tous les cas où des actes fréquens et réitérés de ce mode de transmission en signalent l'existence, bien qu'il y ait quelques exceptions à cette régle ; et les autres, au contraire, s'attachant à ces exceptions et y puisant tous leurs argumens, dénient le caractère contagieux à ces mêmes affections. Les premiers sont désignés sous le nom de contagionistes, et les seconds sous celui d'anti ou de non-contagionistes.

4. Faire disparaître de la science cette dissidence, cette controverse, dont les résultats sont si dangereux et ont été déjà si funestes à l'humanité par leur application à l'hygiène publique, tel est l'objet de ce mémoire, pour l'examen duquel je sollicite toute l'attention et toute l'impartialité des savans auxquels j'ai cru de mon devoir de le soumettre.

5. Pour écarter toute ambiguité et toute obscurité quelconque de la discussion d'une question aussi grave et aussi importante, il me paraît utile d'arrêter d'abord bien nos idées sur les principes et sur leurs expressions : nous éviterons peut-être ainsi de fournir, du moins sous ce rapport, des élémens spécieux propres à fomenter et à soulever contre la doctrine qui va être exposée tous les argumens dont ils seraient les occasions ou les prétextes.

6. Or, je définis la contagion un acte en vertu duquel une maladie spéciale ou spécifique est transmise d'un individu malade à un individu sain, ainsi qu'il a déjà été dit plus haut.

7. Pour que cet acte s'exécute, il faut le concours des circonstances suivantes, qui sont au nombre de trois ; savoir : 1° ou qu'il y ait contact immédiat de l'individu sain avec l'individu malade, et c'est ce qu'on appelle contagion immédiate ; 2° ou bien que l'individu sain soit exposé au contact de certains objets (que nous ferons connaître plus bas) et qui ont été contaminés par le malade, et on désigne ce mode par le nom de contagion médiate ; 3° ou enfin, que l'individu sain ait été plongé dans l'atmosphère de l'appartement occupé par le malade, ou celles d'individus ou d'objets qui y ont été exposés, et c'est ce mode que je désigne particulièrement sous le nom de contagion ou d'infection miasmatique.

8. Il est des maladies qui ne reconnaissent d'autre mode de transmission que celui de la contagion immédiate ou médiate ; tels sont, de nos jours du moins, la syphilis et la rage, encore faut-il que le contact du venin ait lieu sur les membranes muqueuses ou sur les tissus dénudés. La vaccine est aussi dans ce dernier cas. Pour mieux préciser ce mode de transmission, ne serait-il pas convenable de lui restreindre le nom de contagion virulente ? Attendu que le principe contagieux existe réellement dans les liquides infectés d'où il est transmis, en quelque sorte, par voie d'inoculation, soit par le malade

(1) Ce Mémoire existe depuis plus de trois ans. L'auteur s'était empressé de l'adresser aux Académies des Sciences et de Médecine de Paris ; mais les commissions nommées par elles, pour en faire le rapport, étant restées muettes jusqu'à ce jour, dans l'intérêt de la science et de sa propre dignité, il a pensé qu'il ne devait plus le laisser enfoui au milieu des matériaux scientifiques amoncelés dans les archives académiques et dans les cartons des commissions désignées pour prononcer sur les travaux qui leur sont soumis. Persuadé, du reste, que dans le siècle éclairé où nous vivons, les corps savans ne sont point exclusivement en possession du monopole de l'esprit et du savoir, il livre son Mémoire au jugement du public par l'intermédiaire du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, si répandu en France et si justement estimé. (*Note de l'auteur.*)

M. le docteur Billeray soulève de nouveau la question de la contagion du choléra, question qui nous paraît, en général, tranchée trop facilement, et qui, malheureusement, n'a point encore perdu de son actualité. Nous sommes loin de partager toutes les idées du professeur de Grenoble ; mais sa théorie établit des indications prophylactiques et thérapeutiques qui n'ont point encore été remplies, et qui peuvent être utiles : cela suffit pour que nous présentions ce travail à nos lecteurs.

N. D. D.

lui-même, soit par les objets qui sont imprégnés de ce virus.

9. La gale offre un exemple de ces deux modes de transmission par le contact immédiat ou médiat ; mais ici le contact sur la peau saine est suffisant pour produire la maladie, et cette circonstance particulière serait, toute seule, bien propre à faire présumer que la semence du mal est un insecte microscopique, une *mite*, le *ciron* de la gale existant dans les pustules, si l'expérience et l'observation n'avaient pas constaté ce fait d'une manière authentique. Ce mode de transmission est en effet parfaitement semblable à celui de toute autre vermine qui s'attache à la peau de l'homme (les poux, etc.).

10. Enfin, il est des maladies dont la transmission se fait, soit par le contact immédiat ou médiat, soit encore par l'infection miasmatique, telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine et quelques autres affections éruptives ou exanthématiques. En effet, on voit quelquefois ces affections naître à la suite du contact médiat ou immédiat ; mais bien plus souvent encore, elles se contractent, soit par les simples rapprochemens des individus sains et des malades, ou de certains objets qui les ont approchés, soit même par celui seul des individus qui les ont fréquentés ; et c'est pourquoi ces maladies prennent si rapidement un caractère extensible qui leur donne la plus grande ressemblance avec des épidémies ordinaires.

11. Jusqu'ici, tous les médecins sont d'accord sur le caractère contagieux des maladies que nous venons de mentionner, et il faudrait en effet être privé de toutes les lumières de la raison pour oser mettre en doute une vérité aussi évidente et qu'il est si facile de constater.

12. Mais, disent les anti-contagionistes, qui ne veulent pas passer outre, il y a, dans tous les cas dont il s'agit, un principe matériel fixe, sensible, existant, soit dans les liquides qui en sont imprégnés, relativement aux premières affections, soit dans les exanthèmes cutanés pour les secondes ; d'où il faut conclure qu'ils puisent, dans ce second cas, leur motif de conviction, plutôt dans l'existence de l'exanthème que dans les faits relatifs à la transmission du mal.

Telle est la ligne de démarcation qui sépare les non-contagionistes de leurs adversaires. Ceux-ci s'en rapportant plutôt aux faits observés qu'à la présence d'une éruption qu'ils considèrent comme indifférente dans l'acte de transmission, reconnaissent à la contagion un empire beaucoup plus étendu, en classant dans les maladies contagieuses plusieurs autres espèces de maladies non exanthématiques caractérisées : 1° par leur physionomie étrangère à nos climats ; 2° par leur effrayante mortalité ; 3° par leur rapide mode de propagation au milieu des populations qu'elles ont envahies, surtout dans les classes pauvres et laborieuses.

L'étrangeté ou l'exoticité de ces affections, jointe à leur mode frappant d'extension par le commerce des hommes entre eux, sont pour leur esprit des motifs suffisans de les considérer comme contagieuses et leur imposer le devoir de les signaler comme telles, afin que l'autorité et les particuliers prennent les précautions convenables pour s'en garantir, autant que faire se peut ; telles sont : la peste, le typhus, la fièvre jaune et le choléra de l'Inde. Remarquons ici, en passant, que les médecins, jusqu'au commencement de ce siècle, étaient tous à peu près d'accord sur le caractère contagieux de ces dernières maladies, et que c'était par leur conseil que les gouvernemens avaient établi sur les côtes maritimes de leurs états des lazareths et des quarantaines, pour s'opposer à leur importation ; établissemens d'une haute sagesse, et dont les populations ont eu tant à s'applaudir.

13. Ce n'est en effet que dans le commencement de ce siècle que des médecins plus jaloux de se faire remarquer par la hardiesse que par la prudence de leur opinion, à l'exemple de Stoll, qui déjà, vers la fin du siècle dernier, avait élevé des doutes fâcheux sur le caractère contagieux de la peste, ont soulevé la dangereuse question de la non contagion des maladies dont il s'agit.

Pour parvenir à faire triompher leur opinion, ils se sont servis de toutes les armes qu'ils ont trouvées, en les prenant, savoir : 1° dans les exceptions de la transmission du mal ; 2° dans la nullité des effets produits relativement à cette transmission par l'inoculation du sang, du pus des bubons et des humeurs excrétées, etc. ; 3° ils ont surtout fait valoir des considérations spécieuses sur la tyrannie des cordons sanitaires, sur la perturbation du commerce et des relations sociales ; les effets prétendus désastreux produits par la terreur dont sont frappées les populations au seul nom de contagion, etc., et substituant ensuite leurs idées à la réalité des principes qu'ils combattaient, ils ont soutenu que toutes ces *prétendues* maladies contagieuses n'étaient fomentées et entretenues que par un foyer d'infection locale, dont l'influence ne s'exerçait que sur ceux qui y étaient exposés et non au delà.

A les entendre, tous les lazareths et toutes les mesures sanitaires sont au moins superflus. J'ai entendu moi-même le docteur Lassis professer cette doctrine, dans un voyage que je fis à Paris, en 1820, et j'étais loin de me douter que cette opinion, qu'il venait de publier, pût jamais faire sérieusement de nombreux prosélytes.

14. Leur attaque commença d'abord par la fièvre jaune, à l'occasion des épidémies de Cadix et de Barcelonne ; mais, malgré leurs clameurs et leurs brochures, l'intendance sanitaire de Marseille, qui a des opinions bien arrêtées sur la contagion, par suite des leçons réitérées de l'expérience, ne s'endormit point aux accens mélodieux de ces nouveaux amphions, et bien il en résulta pour la ville de Marseille, car il n'est pas douteux que si on se fût relâché des mesures préventives sévères qui caractérisent cette intendance, cette ville aurait été envahie par le fléau, puisque la maladie fut importée à Pomègue, par un navire de Malaga, qui avait communiqué avec Barcelonne, et qu'il mourut plusieurs individus atteints de cette contagion, soit à bord, soit dans le lazareth, d'après le rapport bien circonstancié et plein d'intéressantes observations du docteur Robert et de son collègue, médecins de cette intendance (1).

(1) Voir mon ouvrage sur la contagion du choléra.

15. Quoique ce fait fût bien dans le cas d'arrêter la fougue des non-contagionistes qui grossissait à cette époque par les circonstances que nous exposerons tout à l'heure, il sembla au contraire les animer davantage dans le fanatisme de leur croyance, et ils ne se contentèrent pas de dénier le caractère contagieux à la fièvre jaune seulement, mais ils en firent autant pour la peste, le typhus et le choléra asiatique, leur réservant comme à la fièvre jaune, pour seul élément de causalité, le prétendu foyer d'infection locale.

Ils auraient porté sans doute plus loin leur réforme sur cette classe de maladies, et ils n'auraient pas manqué d'y comprendre la variole, la rougeole et la scarlatine, etc. Mais l'existence des exanthèmes les a arrêtés, et force leur a été de laisser ces affections dans le domaine de la contagion.

16. Lorsqu'on réfléchit bien à des changemens aussi singuliers opérés dans la doctrine médicale, à cette sorte de faveur qu'a obtenue l'opinion de la non contagion dans ces derniers temps, opinion plutôt de convention que rationnelle, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'influence intolérante qu'a exercée et qu'exerce encore sur nos théories médicales l'école dite physiologique. Cette école ayant en effet proscrit les entités morbides, et considérant toutes nos affections comme ayant seulement un fond physiologique, qui est le même pour toutes, il en est résulté que toutes les maladies contagieuses étant des maladies spécifiques tellement entités, qu'elles reproduisent leurs espèces, et ces êtres étant des témoins importuns qui déposaient sans cesse du peu de solidité de la doctrine, on a cru plus simple de trancher le nœud gordien, en les éliminant de leur cadre naturel, que de les y conserver, en mutilant encore la doctrine, comme on a été obligé de le faire pour les maladies exanthématiques. Telle a été vraisemblablement, du moins en France, la cause du triomphe qu'a obtenu cette opinion à l'occasion du choléra indien.

Tout porte cependant à croire que le plus grand nombre des médecins observateurs ont su se garantir de cet entraînement funeste de l'esprit, et que d'autres sont restés dans un doute sage et prudent au milieu de cette détermination opérée par les notabilités médicales de cette école en crédit auprès des agens du pouvoir.

Quoi qu'il en soit, la vérité est restée inébranlable, et bien qu'elle paraisse encore entourée d'obscurité pour notre esprit, elle n'en est pas moins constante et immuable dans son existence, et les théories, les dénégations et les argumens des hommes n'y ont pu rien changer. C'est ainsi que les véritables contagionistes qui ont vu les œuvres de leurs contradicteurs, n'en sont restés que plus fermes dans leurs rangs, en présence de ce triste spectacle qui n'a pu que fortifier les faibles, affermir les douteux et éclairer même les partisans de la non-contagion.

17. L'obscurité de la question et la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité dans laquelle se sont trouvés les contagionistes de s'éclairer par les lumières d'une bonne théorie, dès l'invasion du fléau, n'a certes pas peu contribué à ce laisser-aller général des médecins qui ont presque aussitôt abandonné de fait la victoire aux anti-contagionistes, dès qu'ils ont vu que les autorités se prononçaient en faveur de leur opinion.

Voilà pour les médecins.

Maintenant, relativement au public :

Comme les deux partis ne pouvaient se combattre que par des faits, qu'ainsi les contagionistes n'avaient pour l'attaque que ces seules armes, quel que fût leur nombre, leurs contradicteurs leur ripostèrent bientôt par d'autres faits qu'ils recueillaient avec soin et avidité dans les exceptions, de telle manière qu'au milieu du conflit des deux partis, le doute seul est resté debout, sans que la vérité ait apparu pour juger de quel côté étaient le droit et la raison.

Certes, pour que la partie eût été égale de part et d'autre, il eût fallu que l'autorité n'eût épousé elle-même aucune opinion, et qu'elle eût secondé sans prédilection, l'exécution des conseils des uns et des autres ; alors, peut-être, il eût été possible de prononcer, au moins quant aux résultats produits par les faits.

Mais l'autorité se dirigeant sur les documens fournis par l'Académie royale de médecine, qu'elle considère comme son *conseil légal en fait d'hygiène publique*, n'a pas voulu assumer sur sa tête la responsabilité des mesures conseillées par les contagionistes, pas même en faire la tentative, bien que ces mesures n'impliquassent aucun embarras et très peu de frais ; elle a même refusé de souscrire et de répandre aucun des ouvrages relatifs à la contagion du choléra, tant est grand son respect pour les décisions de ce corps savant. Je puis moi-même me citer comme un exemple de la sévérité de l'administration à cet égard, car après avoir publié un ouvrage sur cette matière, ayant pour titre *la Contagion du choléra-morbus de l'Inde, démontrée par les faits et les raisonnemens*, etc., et après en avoir fait l'acte de dépôt, à la préfecture de l'Isère, je me suis empressé d'en faire l'envoi à son excellence le ministre du commerce et des travaux publics, en le priant de le faire examiner attentivement par le conseil supérieur de santé et les autres corps savans de la capitale.

Mais, bien que cet ouvrage, rempli de connaissances positives et de découvertes utiles sur la contagion en général et sur l'infection miasmatique en particulier, contînt la théorie vraie de l'infection et de la désinfection miasmatique, avec les moyens les plus simples et les plus faciles d'arrêter le cours du fléau, son excellence m'a répondu par une lettre de non-lieu, fondée sur les raisons que je viens de mentionner (1).

L'Académie royale de médecine étant actuellement en possession de cet ouvrage, dont j'ai eu l'honneur de lui faire l'envoi, pourra s'assurer par sa lecture de l'exactitude des faits dont il s'agit. Je me serais même borné à réclamer des deux Académies des Sciences et de Médecine un rapport authentique sur mon livre, et la doctrine qui y est professée, si je ne savais pas que ces deux compagnies ont arrêté, pour mettre fin à toutes les discussions relatives à la contagion

(1) Voir l'ouvrage cité.

du choléra, qu'elles ne s'occupaient plus que des questions de fait et nullement de celles de théorie.

Or, comme ce que j'appelle ma découverte sur la théorie de la contagion, n'est pas seulement applicable au choléra, mais encore à toutes les contagions ou infections miasmatiques, et que cette découverte est du plus haut intérêt pour l'humanité et les progrès de la science, j'ai cru devoir, pour attirer l'attention dont je la crois digne, y additionner le présent mémoire, tant dans l'objet de donner à ma théorie un développement scientifique plus complet, que pour provoquer un examen sérieux et sévère de ma doctrine.

Cette marche me paraît la seule propre à mettre un terme à la discordance déplorable qui divise aujourd'hui les médecins sur une question aussi capitale pour l'intérêt des populations, et si, comme j'en ai la profonde conviction, ma théorie qui a été créée et déduite de l'observation des faits les plus exacts et les plus authentiques, se trouve justifiée par de nouveaux essais, il n'est pas douteux que tous les médecins ne se rendent à son évidence, et que partout l'unité de la doctrine médicale ne se rétablisse promptement sur la question de la contagion. Voici actuellement le plan que j'ai suivi, pour atteindre le but que je me suis proposé dans cette dissertation. Il me paraît d'abord utile et avantageux de traiter, 1° de l'origine des maladies contagieuses en général; 2° de leur mode de communication; 3° des conditions nécessaires à ce que la transmission du mal ait lieu d'un individu à un autre, sous le rapport, soit des circonstances relatives au malade, soit de celles relatives aux individus sains qui contractent la maladie, ou échappent aux coups de la contagion. De ces considérations, nous passerons à la théorie de la contagion miasmatique, que nous éclairerons de toutes les lumières que peuvent répandre sur cette matière les connaissances physiques et physiologiques. Tels sont les sujets qui formeront l'objet du chapitre suivant.

Un troisième chapitre sera ensuite consacré au développement des lois de la contagion, et successivement aux moyens que l'art peut nous fournir pour l'anéantir, savoir, pour désinfecter le milieu ou les intermédiaires, à l'aide desquels la transmission du mal a lieu d'un individu à un autre.

Dans un quatrième chapitre enfin, nous ferons l'application de tous les principes développés précédemment au choléra de l'Inde, et nous ferons voir que dans sa marche et sa propagation cette maladie présente les caractères les moins équivoques de la contagion la plus subtile, lorsque les circonstances favorables existent autour d'elle, tandis qu'elle l'est beaucoup moins et quelquefois même nulle, lorsque ces circonstances manquent.

Nous expliquerons ainsi de la manière la plus évidente ce que les contagionistes, dans l'ignorance où ils sont de la cause qui préside à ces actes, appellent des anomalies, et ce que les anticontagionistes, au contraire, considèrent comme des preuves irréfragables de la non-contagion du choléra.

II.

Origine des maladies contagieuses, leur mode de communication; conditions nécessaires à leur transmission, tant du côté du malade que de celui qui est en santé; théorie de la contagion ou de l'infection miasmatique. Elle est fondée sur les connaissances météorologiques les mieux constatées. Concordance des faits de la contagion avec ceux de l'état météorique du milieu dans lequel se trouvent les sujets de la contagion.

16 *bis*. Quoique nous ne puissions pas affirmer, d'une manière absolue, que les maladies contagieuses qui désolent aujourd'hui notre vieille Europe, soit temporairement, soit habituellement, aient toutes une origine étrangère à cette partie du globe, il est cependant bien remarquable que la plupart de celles qui se sont répandues comme de grandes calamités (depuis que la civilisation a pu nous fournir des annales historiques sur les différens peuples), nous viennent des autres parties du monde, d'où elles ont été importées parmi nous, tantôt par nos relations commerciales avec les peuples d'outre-mer, tantôt par le débordement de quelques uns de ces peuples sur nos populations.

Il est également bien remarquable que le plus grand nombre de ces maladies règnent encore habituellement d'une manière endémique dans les régions équatoriales du globe, vers l'embouchure des grands fleuves connus par leurs débordemens périodiques, où le plus souvent elles ne possèdent aucun caractère extensible, c'est-à-dire susceptible de la propager par contagion; mais où elles jouissent quelquefois de ce funeste privilége d'une manière très active, sans qu'on puisse affirmer à quelles circonstances elles sont redevables de ce surcroît de puissance nuisible, à moins de l'attribuer à un état insolite d'humidité atmosphérique dans ces climats embrasés, dont l'air est plus habituellement que partout ailleurs desséché par les rayons brûlans du soleil, ainsi que je l'ai observé dans mon Traité sur la contagion du choléra; nous en verrons les raisons plus bas (1).

17. C'est ainsi que la variole nous a été importée d'Afrique ou d'Asie par les Arabes, qui envahirent l'Espagne au sixième siècle; que la syphilis ne date que de la découverte du Nouveau-Monde; que la peste nous a sans cesse été importée des échelles du Levant; la fièvre jaune (originaire d'abord du Sénégal, d'où elle a été importée en Amérique, où elle s'est ensuite naturalisée dans certaines contrées propres à l'alimenter), nous est arrivée deux fois au moins en peu de temps en Espagne, par nos

(1) Il est difficile de se défendre de cette opinion, qui s'expliquerait très bien si elle était fondée sur les faits, comme tout porte à le croire. Ainsi, à la suite de l'explosion d'une maladie endémique, par la nature des vents régnans, l'atmosphère est-elle promptement desséchée? la maladie, non seulement ne revêt point le caractère contagieux, mais même s'éteint jusqu'au retour de la saison pluvieuse suivante. L'humidité est-elle au contraire entretenue par des vents d'une nature différente? le mal, non seulement continue, mais acquiert le caractère contagieux.

relations maritimes ; et qu'enfin, le choléra-morbus de l'Inde s'est étendu de son berceau dans toutes les directions du globe depuis 1817, importé presque partout sur les ailes du commerce maritime. En faisant donc à chaque région du monde la part qui lui revient naturellement du triste héritage des maladies contagieuses, il est sans doute pour nous bien consolant de penser que l'Europe, par sa situation géographique, est peut-être la partie la plus à l'abri de ces affections, et par conséquent la plus salubre de l'univers ; et ce n'est pas une circonstance d'un faible intérêt pour ses habitans que cette particularité relative à l'Europe, car elle fait apercevoir la consolante perspective de pouvoir, non seulement un jour se garantir de tous les fléaux destructeurs dont les foyers sont éloignés d'elle, mais encore de pouvoir anéantir toutes celles qui y ont été importées et qui voudraient y établir leur domicile fixe par la seule puissance de la contagion, ainsi que l'a fait la petite vérole, et peut-être aussi la rougeole et la scarlatine dont nous ignorons l'origine.

18. Pour confirmer cette preuve, il suffira, j'espère, de démontrer que la puissance contagieuse est la même pour toutes les maladies, et qu'il n'est aucune différence entre les maladies exanthématiques et celles qui sont dépourvues d'exanthème.

19. Je ne ne répéterai point ici tout ce que j'ai déjà dit ailleurs, pour démontrer l'identité des moyens de transport du germe contagieux, ce serait me jeter dans des répétitions superflues. Je rappellerai seulement que toute maladie fébrile aiguë, de nature contagieuse, même celles qui sont exanthématiques, ont toutes le même mode de propagation, celui de l'infection miasmatique, sans en excepter la communication par contact médiat ou immédiat ; car loin qu'il soit démontré que le contact des maladies éruptives soit une *quasi-inoculation*, il paraît au contraire bien plus rationnel de considérer la communication de ces maladies au point de contact, comme étant de même nature que celle qui a lieu à distance, c'est-à-dire comme le fruit ou l'effet de l'infection miasmatique, puisque, au moins dix-neuf fois sur vingt, c'est par l'infection miasmatique à distance que la maladie se reproduit sur un autre individu, et que cette reproduction a lieu même avant l'éruption des exanthèmes, ainsi que j'en ai vu de nombreux exemples pour la rougeole et la petite vérole, et qu'on en trouve beaucoup d'autres consignés dans les écrits des observateurs. C'est ainsi que j'ai vu un jeune homme, arrivant dans une auberge, être pris aussitôt de la fièvre d'incubation de la rougeole ; et bien qu'il fût étranger et qu'il n'y eût aucun cas de cette maladie dans le voisinage de cette auberge, qu'il quitta aussitôt, pour se faire soigner en ville, plusieurs individus, habitans de l'hôtellerie, qui n'avaient point encore été atteints de cette maladie, ne tardèrent pas à en être affectés.

Ainsi donc, pour moi, les noms de contagion médiate, immédiate ou d'infection miasmatique, sont parfaitement synonymes, au moins quant aux affections contagieuses fébriles.

20. Qu'est-ce que c'est donc que l'infection miasmatique ? Pour bien saisir la nature et le mécanisme de cet agent délétère, et qui n'a été redoutable jusqu'ici que par le mystère dont il enveloppe ses *actes*, il me paraît utile de remonter à la source des maladies contagieuses, considérées d'abord comme endémiques, c'est-à-dire comme déterminées par la présence d'un foyer d'effluves *telluriques* ; l'identité du même mal communiqué d'un individu à un autre ne pouvant être que le résultat d'un même mode d'infection.

Or, prenons pour type une maladie contagieuse quelconque, dont le foyer existe annuellement à certaines époques, soit la peste, la fièvre jaune ou le choléra : le premier phénomène qui nous frappe, à la lecture des relations des voyageurs ou des médecins qui exercent leur art au milieu de ces foyers insalubres, c'est que ces maladies, contre l'opinion vulgaire, font toutes explosion au moment où la saison des pluies qui commencent au second passage du soleil au zénith, succède au desséchement de la terre par six mois de chaleur ardente. Alors, dit Lind (*Maladies des Européens dans le Nouveau-Monde*, t. 1er.), on voit éclater au Sénégal et vers les îles du Cap-Vert des flux noirs, des fièvres putrides et le choléra vers les bouches du Gange ; il en est de même de la peste orientale en Egypte, et peut-être aussi aux bouches de l'Indus et de l'Euphrate, car il n'est pas dit que la peste soit exclusive à l'Egypte. Dans le même temps aussi, il est remarquable que le sol, imbibé par les premiers flots de l'humidité qui lui arrivent, laisse dégager une odeur infecte, *sui generis*, à la suite de laquelle les maladies dont il s'agit ne tardent pas à affliger les habitans de ces contrées, et elles paraissent aussitôt en grand nombre (1). Il se forme donc, dans cette circonstance, par le contact de la terre et de l'eau, des émanations de nature gazeuse qui s'élèvent dans l'air et dont les habitans qui y sont plongés absorbent des fractions qui agissent chez eux à la manière de poisons délétères, et dont la fièvre qui se déclare aussitôt n'est qu'un signal de réaction de la part du principe conservateur, qui fait effort pour expulser cette puissance nuisible qui infecte le torrent de la circulation.

Il est bien digne de remarque que les endémies de ce genre s'arrêtent presque aussitôt, quelle que soit l'intensité du mal, lorsque, immédiatement aux grands versemens d'eau et aux débordemens des fleuves, succède un vent desséchant, soufflant de la terre : les affections cessent alors comme par enchantement. Il y a plus, toutes celles qui ont le caractère contagieux s'en dépouillent sur-le-champ, et les habitans, pendant la saison sèche qui suit, n'éprouvent presque plus, et encore en très petit nombre, que des affections sporadiques (2).

(1) Parce qu'ici la cause matérielle étant générale dans les localités infectées enveloppe presqu'en même temps, comme cela a lieu pour les véritables épidémies, toute la population.

(2) On lit, dans le numéro 50, de la *Gazette médicale*, une Notice très intéressante, communiquée par M. Arago, ou plutôt extraite de l'*Annuaire* du bureau des longitudes (1832), dans lequel ce physicien l'a consignée, relativement à un vent desséchant de l'Afrique, qui souffle quelquefois trois ou quatre fois par saison, vers

Mais les événemens sont bien différens, si au lieu de ces vents desséchans de terre, assainissant le sol qu'ils traversent, et dont ils brûlent jusques aux végétaux, il en souffle d'autres de la mer, qui viennent y déposer leur humidité flottante, alors la maladie endémique continue et exerce d'autant plus de ravages, que les individus sont plus agglomérés, comme par exemple, les militaires dans les forts et les matelots dans les navires mouillés sur les rivages ou dans les lits de ces grands fleuves, et comme la maladie persévère encore long-temps, après que les effluves telluriques ont cessé de se dégager, n'est-il pas bien vraisemblable que ces affections se perpétuent alors par la contagion ou l'infection miasmatique que nous ferons connaître bientôt? Quant à moi, je suis fortement porté à croire que telle est l'origine de la transformation de ces maladies d'endémiques en contagieuses. Voilà pour les maladies endémiques exotiques.

21. Disons actuellement deux mots sur les maladies endémiques de nos climats. Or, on sait qu'en fait de fièvres entretenues par des foyers locaux telluriques, nous ne reconnaissons que les fièvres intermittentes et rémittentes, et personne ne disconvient qu'elles sont les résultats des effluves marécageux, dont l'action est d'autant plus multipliée et énergique, que les mares d'eau occupent une plus grande surface. L'humidité joue donc encore un rôle dans la production de ces affections? et cette opinion est d'autant plus incontestable, que nous les contractons bien plus facilement en nous exposant au contact de l'air le matin et le soir, lorsqu'il est chargé d'humidité, que dans le courant du jour où il est plus desséché, plus raréfié, et encore en automne que dans toutes les autres époques de l'année.

Je n'en dirai point davantage sur ce point de doctrine, que j'ai assez développé dans mon Traité sur le Choléra. Je rappellerai seulement ici un fait bien intéressant, que l'on trouve consigné dans la *Bibliothèque Britannique*, du mois de juin 1817, et dont l'auteur, M. Rigaud Delile, a cru devoir faire un objet spécial d'un mémoire, ayant pour titre : *Observations sur les propriétés physiques du mauvais air* (*aria cativa* des Italiens); attendu que j'ai oublié d'en parler dans mon ouvrage.

Or, ce judicieux observateur, voulant s'assurer si on ne pourrait pas découvrir, par les ressources de la physique, les causes de l'insalubrité de l'air des marais Pontins, ayant rempli un vaste globe en verre de cet air, après le coucher du soleil, et qu'il entoura ensuite d'un mélange de glace et de sel pilés, pour le condenser et le purger de son humidité, rapporte : qu'il trouva déposé sur les parois du vase, avec l'humidité, une légère matière, qui avait terni le verre et qui communiquait aux doigts avec lesquels on la frottait une odeur horriblement fétide et repoussante.

N'est-il pas hors de doute, d'après cette expérience, que l'humidité répandue dans l'atmosphère n'agit sur nos corps, dans toutes les circonstances semblables, que parce qu'elle est le véhicule au moyen duquel des atomes délétères ou nuisibles sont transportés à distance et introduits dans notre organisme? N'est-il pas également présumable que toutes les fièvres intermittentes qui règnent souvent épidémiquement dans nos contrées, ne soient déterminées par l'absorption de ces effluves ou émanations terrestres, transportées par les vents à la faveur de l'humidité vaporeuse dans toutes les directions? Ainsi s'expliquerait la plus grande fréquence de ces maladies, en même temps que leur caractère plus fâcheux, dans les saisons humides et encore une circonstance particulière que j'ai observée, pendant l'été sec et chaud de 1828, savoir que les habitans des plus hautes montagnes du Dauphiné, parmi lesquels on n'avait observé que rarement des fièvres intermittentes, furent, à cette époque, désolés par ces fièvres, dont le principe existait vraisemblablement dans les vapeurs élevées dans les hautes régions de l'atmosphère, où elles s'étaient ensuite condensées par l'abaissement de température propre à ces régions.

22. De ces considérations intéressantes, si nous passons actuellement aux phénomènes qui ont lieu à la surface de nos corps, nous y trouverons absolument les mêmes circonstances réunies; savoir : une évaporation continuelle des liquides exhalés ou excrétés, soit à la surface de la peau, soit des membranes muqueuses et dont la proportion est telle dans l'état de santé, d'après les expériences de Sanctorino, que les cinq huitièmes de ce que nous ingérons, s'échappent pas ces voies, et comme ce phénomène se passe d'une manière inaperçue, tant de la part du sujet observé que de celle de l'observateur; on a donné à cette fonction, qui n'est pas la moins importante de l'économie, le nom de transpiration insensible. Il n'est sans doute pas besoin de faire remarquer ici que l'évaporation dont il s'agit, n'est pas seulement le résultat des qualités thermométriques de l'air ambiant, comme cela a lieu pour les liquides inertes, mais qu'elle est encore l'effet d'un travail vital, qu'on appelle exhalation, auquel on doit ajouter aussi la chaleur naturelle du corps qui, en général, est presque toujours supérieure à celle de l'air environnant.

Il est donc incontestable que nous versons continuellement dans l'atmosphère des émanations vaporeuses qui, dans l'état de santé et à l'air libre, se dissipent dans l'atmosphère; mais qui, dans un appartement fermé, après avoir saturé l'espace, se condensent et retombent sur le sol ou sur les parois de cet appartement. Mais avant que cette condensation s'opère, cette vapeur se soutient au moyen de la chaleur native dont elle est pénétrée, et flotte ainsi dans l'appartement où elle peut s'accrocher à tous les

l'Océan atlantique, dans la partie de la côte renfermée entre le Cap-Vert, et que l'on désigne sous le nom d'*harmatan*. Ce vent, qui se fait principalement sentir dans le mois de décembre, janvier et février, et qui vient de l'intérieur de l'Afrique, a pour effets remarquables, entre autres, d'enrayer et d'arrêter subitement toutes les maladies épidémiques, fièvres continues, intermittentes et rémittentes, surtout les maladies contagieuses, au point de rendre nulle l'inoculation de la petite vérole, pendant sa durée, et de guérir subitement ceux qui sont atteints de cette maladie. — Cette Notice, dit M. Arago, est extraite de la relation d'un ancien voyageur anglais, Mathieu d'Obsou, à l'occasion d'un voyage qu'il avait fait dans ce parage en 1770.

corps hygrométriques, avec lesquels elle se trouvera en contact, et c'est ainsi que, lorsqu'on sort d'un appartement occupé par une nombreuse assemblée, tel qu'un temple, une salle de spectacle où l'on a resté long-temps, nos vêtemens sont tellement imbibés d'humidité, que, si en hiver, on les approche du feu, il s'en élève une vapeur blanche, visible plus ou moins épaisse.

Toutes les substances végétales ou animales, dont on fait des tissus pour nos vêtemens, meubles et hardes, ont surtout une grande avidité pour l'humidité vaporeuse; ils sont, en un mot, tous hygrométriques, et ils le sont d'autant plus, qu'ils contiennent plus de poils, de duvet, que les mailles en sont moins serrées, qu'ils sont plus fins, plus légers et plus poreux.

Prenez, en effet, de la ouate de coton, ou une couverture neuve de la même matière, soit également une couverture de laine, exposez-les sur une bassinoire contenant du feu, et vous verrez bientôt la surface supérieure se couvrir de gouttelettes d'eau, effet d'abord de la vaporisation de ce liquide par la chaleur, et ensuite de la condensation d'une partie de la vapeur, par le contact de l'air extérieur, ce qui fait qu'il retombe aussitôt par sa propre pesanteur, et cette humidité sera d'autant plus abondante, d'une part, que l'air sera plus froid, et de l'autre, que l'appartement où vous ferez l'expérience sera habituellement plus humide.

Qui n'a pas été souvent frappé le soir, en se couchant, dans la saison de l'hiver, de trouver toute la surface de ses couvertures, surtout de celles en laine, mouillées, comme si on les avait arrosées avec de l'eau, lorsqu'on emploie pour bassiner son lit le caléfacteur, auquel on a donné le nom de moine? Telles sont les considérations physiologiques et physiques dont la connaissance est fondamentale pour éclairer la question de la contagion ou de l'infection miasmatique.

23. Supposons, en effet maintenant, que la vapeur qui s'élève habituellement de la périphérie de nos corps entraîne avec elle et tienne suspendus des atomes vénéneux, délétères, pestilentiels, ainsi qu'on voudra les appeler, lesquels sont les produits d'un travail morbide spécifique, jouissant, à l'instar des semences des végétaux, de la propriété de reproduire le mal dont ils sont une émanation. N'est-il pas évident que si nous inhalons une portion de cette vapeur, dans l'acte de respiration, que nous avalions notre salive qui en serait emprégnée, ou encore que nous la pompions en nature par nos bouches absorbantes cutanées, le venin passera dans le torrent de la circulation et exercera sur le sang et nos organes une influence délétère spécifique, en vertu de laquelle une mort prompte ou du moins une maladie plus ou moins grave pourrait éclater chez un homme jusque-là dans un état parfait de santé. Or, c'est cette vapeur, cet halitus délétère que je nomme miasmes pestilentiels, et la contagion qui se manifeste au point de contact immédiat ou médiat n'a assurément pas besoin d'être comprise autrement; car, qui peut le plus peut le moins, et puisque les miasmes sont si facilement absorbés à distance, ils doivent l'être d'autant mieux au point de contact à l'état de vapeur naissante. Ainsi qu'on le voit, les maladies exanthématiques ne doivent donc présenter aucune différence dans leur mode de communication ordinaire, avec celles dépourvues d'exanthèmes, et cette différence n'existe que relativement à l'inoculation seulement; ces dernières n'étant pas susceptibles de se reproduire de cette manière, attendu qu'elles ne déposent aucun principe fixe sur la surface du corps susceptible d'être inséré dans les tissus dénudés. Il ne serait cependant pas invraisemblable de penser qu'il peut aussi exister de ces germes condensés dans la crasse déposée sur l'épiderme des corps malades, et qu'on pourrait y ratisser avec une lancette ou tout autre instrument tranchant, pour en tenter l'inoculation. Cette expérience n'a pas encore été faite, que je sache, et je ne conseille à personne de la faire, quel que soit le fanatisme de ses opinions anticontagionistes. Car, ainsi que je l'ai dit ailleurs, ce n'est ni dans le sang, ni dans les matières excrétées qu'existe le venin des maladies contagieuses miasmatiques, mais seulement dans les halitus des corps malades qui l'entraînent avec lui, à cause de sa volatilité, et qui peut aussi en laisser déposer à la surface des corps malades, de même que cela a lieu pour les tissus qui ont été en contact avec eux.

La contagion ou l'infection miasmatique est donc cet acte, au moyen duquel un principe vénéneux ou pestilentiel quelconque, se dégageant de la surface des corps malades, est entraîné dans l'atmosphère à la faveur de la dissolution chimique qui en est opérée instantanément par les halitus ou la vapeur aqueuse qui se dégage en même temps que lui. Or, c'est cette vapeur délétère que l'on doit considérer comme tenant en dissolution des myriades d'atomes ou embryons pestilentiels, à laquelle je consacre et restreins, avec quelques auteurs, le nom de miasmes, réservant le nom d'effluves aux émanations vaporeuses terrestres, et quoique ces deux modes d'infection aient le plus grand rapport dans leurs actes physiques et physiologiques, ils présentent cependant cette différence bien remarquable, savoir que l'infection miasmatique donne constamment lieu à une maladie spécifique, semblable en tout à celles dont les miasmes émanent, et susceptible à son tour de se reproduire de la même manière, tandis que les effluves telluriques pouvant varier dans la composition des atomes qui s'échappent du sol, présentent fréquemment les complications les plus variées, soit dans le caractère, soit dans la marche des phénomènes morbides, bien que la maladie ait cependant partout le même fond dans sa nature principale.

Il y a encore cette différence entre les maladies produites par les effluves telluriques et celles qui le sont par les miasmes, c'est que les premières, bien que provenant d'un principe nuisible absorbé dans l'air, ne paraissent jouir du funeste privilége de se reproduire ensuite par l'infection miasmatique, que dans les régions équatoriales, où le plus grand nombre prennent naissance, et encore seulement dans certaines circonstances qui, selon moi, seraient d'une superfétation d'humidité insolite dans l'atmosphère de ces contrées; tandis que, dans nos climats, c'est-à-dire dans les pays tempérés, les maladies qui sont dues à cette cause restent constamment endémiques; quelquefois cepen-

dant, ainsi qu'il a été dit, elles peuvent devenir épidémiques, mais jamais contagieuses, du moins d'après l'état actuel de nos connaissances, quoique tout porte à croire qu'une observation plus attentive, pourrait peut-être éclairer ce fait que l'analogie fait présumer.

24. Pour parvenir à une démonstration plus exacte et plus lumineuse de l'infection miasmatique, j'ai procédé jusqu'ici à la recherche de la vérité à la manière des mathématiciens, c'est-à-dire que j'ai posé des principes, et fait ensuite des suppositions relativement à l'application de ces principes; mais cette démonstration serait sans doute incomplète, si je ne faisais pas d'autres preuves pour constater la vérité du principe dont il s'agit. Nous allons donc maintenant procéder à cette preuve, d'après la connaissance des faits et ensuite d'après les lumières de la physique.

25. Nous ne dirons rien à cet égard sur les effluves telluriques; il me semble que M. Rigaud-Delille a déjà bien ébauché cette matière, et qu'il n'est plus besoin que d'y ajouter de nouvelles connaissances physico-chimiques pour déterminer la nature de l'agent toxifère qui donne lieu aux fièvres intermittentes des marais Pontins et autres, si toutefois on peut en condenser et en recueillir une assez grande quantité pour le soumettre à des expériences convenables (1).

26. Quant aux miasmes contagieux, les preuves qui constatent leur existence sont : 1° l'acte de la contagion lui-même par suite du rapprochement d'un individu sain d'un malade, dont il contracte la maladie au bout d'un temps plus ou moins long, ce qui ne peut avoir lieu que parce que ce dernier dégage nécessairement autour de lui la semence de son mal; 2° cette communication ne peut avoir lieu dans un air sec et chaud ou dans un air sec et froid, la preuve en est dans la prompte cessation des épidémies contagieuses, lorsqu'un vent sec et chaud, comme celui qui souffle fréquemment sur la côte Atlantique de l'Afrique (l'harmatan), vient à s'élever dans le moment même où les habitans de ces contrées sont en proie aux plus cruelles épidémies contagieuses; tandis que, au contraire, ces fléaux augmentent d'intensité, si un vent, soufflant de la haute mer, apporte sur la côte des masses d'air toujours imprégnées d'une grande dose d'humidité; que la même chose a lieu relativement aux troupes qui sont en marche ou en mouvement, lorsqu'elles sont infectées du choléra (2). Cette affection étant suspendue tout à coup par le règne d'un vent sec, et s'aggravant au contraire, d'une manière remarquable, par celui d'un vent humide, et c'est aussi constamment sous l'influence d'un froid vif et sec qu'on voit cesser toutes les épidémies pestilentielles ou du moins perdre leur puissance extensible et leur force contagieuse, hors de l'enceinte occupée par les malades; et si l'existence du choléra asiatique à Moscou et à Saint-Pétersbourg, au milieu des rigueurs de l'hiver, pouvait être invoqué comme un fait contraire à cette assertion, on répondrait que loin de détruire la règle, ce fait et beaucoup d'autres qui se remarquent dans le règne des typhus, ne font que la confirmer d'une manière péremptoire. Car, dans ce cas, les habitans, pour se mettre à l'abri des rigueurs du froid, ne manquent pas de se renfermer exactement dans leurs appartemens, dont, par leur entassement, parmi les classes pauvres, ils ne tardent pas à faire des étuves remplies d'humidité et, par conséquent, extrêmement favorables à la reproduction des miasmes et à leur absorption; 3° après l'air atmosphérique infecté des miasmes dégagés par les malades, les corps hygrométriques, c'est-à-dire susceptibles d'absorber l'humidité atmosphérique, sont ceux qui jouissent, à un plus haut degré, de la faculté de s'emparer, de retenir et de transmettre le principe contagieux; et comme la propriété hygrométrique est une qualité qui distingue presque toutes les substances végétales et animales, surtout celles qui sont composées ou qui renferment des poils et des duvets, il s'ensuit que les miasmes, une fois condensés sur ces corps, peuvent y être conservés pendant de longs temps, sans perdre de leur propriété vénéneuse, lorsqu'ils sont renfermés dans des enveloppes qui les privent du contact de l'air et de la lumière, ainsi qu'on en a vu des exemples dans la peste de Londres de 1665, etc., et que j'en ai rapporté moi-même une frappante observation à l'occasion des couvertures en laine qui avaient servi aux militaires malades de l'hôpital de Grenoble durant le typhus de l'an 8, puisque au bout de sept ans, par leur extraction du magasin, elles eurent la funeste propriété de communiquer la même maladie à la fois à six individus qui les avaient touchées ou battues.

Observons ici, en passant, que c'est parce qu'ils voyaient toujours la peste être transportée d'un lieu dans un autre, à la faveur des substances végétales ou animales plus ou moins poreuses et lanugineuses, telles que des ballots ou des étoffes de coton, de laine ou de soie, substances qu'ils considéraient comme idioélectriques, que les anciens médecins regardaient le principe contagieux comme un fluide ayant les plus grands rapports d'affinité avec l'électricité, opinion que ne permettent plus aujourd'hui d'admettre les progrès faits dans la physique et la chimie pneumatiques, ainsi que nous l'expliquerons plus bas.

4° Les moyens les plus efficaces de détruire la contagion miasmatique consistent, ainsi que je l'ai démontré dans mon ouvrage sur le choléra, dans le dégagement des gaz nitrique et hydrochlorique dans les appartemens hermétiquement fermés, occupés par les malades, et en soumettant à la même opération les meubles et hardes qui les ont touchés ou qui ont servi à leur usage; et cette désinfection n'a lieu autrement que par l'action hygrométrique de ces gaz sur l'air atmosphérique, comme le prouve leur conversion en vapeurs blanches, au moment

(1) Lorsqu'on réfléchit à la petite quantité d'émanations quelconques, volatilisées dans l'air et néanmoins susceptibles de produire sur notre économie des modifications sensibles et appréciables, ainsi qu'on le voit par l'odeur de violette, communiquée à l'urine de ceux qui ont resté un instant plongé dans un atmosphère, où il y a seulement quelques fractions d'huile essentielle de térébenthine, il est bien difficile de se livrer à l'espérance, relativement aux résultats matériels que pourraient avoir ces recherches.

(2) Moreau de Jonnès.

de leur dégagement et la cessation de ce phénomène, lorsque l'air est lui-même complétement desséché ou privé d'humidité (et qu'on peut constater par l'hygromètre à cheveux de Saussure) et non pas par une prétendue décomposition du miasme morbigène, dont le gaz hydrogène formerait la base, et que le chlore aurait seul la propriété d'anéantir en se combinant avec lui, comme on l'enseigne généralement aujourd'hui.

Ce fait seul de la désinfection miasmatique par les gaz nitrique et hydrochlorique, est tellement capital dans la question, que le succès constant de l'emploi de ce mode de désinfection, contre plusieurs épidémies de typhus, que j'ai consignées dans mon ouvrage, et même pour la désinfection des varioleux, non seulement m'a mis sur la voie de rechercher la véritable nature de la contagion, mais encore m'a dévoilé tout le mystère jusque-là incompréhensible de cet acte funeste, et d'après les faits aussi nombreux et aussi authentiques que ceux que j'ai rapportés et la facilité des moyens de désinfection qui ont été employés, je ne dissimule pas mon étonnement à l'occasion de l'indifférence, pour ne rien dire de plus, avec laquelle mon ouvrage a été accueilli.

Tels sont les faits nombreux qui témoignent de la vérité relative à la nature de la contagion miasmatique.

27. Voyons maintenant si les connaissances physiques sont concordantes avec ces propositions, et si elles peuvent ajouter quelque lumière capable de confirmer ou d'infirmer cette théorie.

Or, il est un principe bien démontré et bien constaté en physique, savoir que l'air atmosphérique, sans perdre nullement de sa transparence, se trouve toujours plus ou moins mélangé avec de l'eau en vapeur, laquelle lui vient des surfaces évaporables avec lesquelles il se trouve en contact; et c'est la présence de cette eau dans le vaste réservoir atmosphérique, qui donne lieu à tous les météores aqueux dont l'atmosphère est le laboratoire. Nous n'examinerons point ici toutes les questions de météorologie qui découlent de cette connaissance, et en nous bornant à ce qui est relatif à notre sujet, je dirai seulement que le fait physique dont il s'agit a d'abord été, à sa découverte, envisagé comme une propriété inhérente de l'air, savoir que le fluide élastique jouit d'une force dissolvante pour l'eau, comme celle-ci en jouit pour les sels, et que de même cette force est d'autant plus grande, que l'air est plus chaud, et qu'en outre, celui-ci étant élastique et compressible, cette force dissolvante était proportionnelle à sa densité et à sa raréfaction.

Telle était la théorie développée ingénieusement dans un mémoire de Monge, consigné dans le cinquième volume des *Annales de chimie*, il y a au moins trente-huit ans, et au moyen de laquelle il explique tous les phénomènes météoriques aqueux de la nature.

De cette manière de voir étaient découlées les idées et les expressions de privation ou de saturation de l'air par l'eau, suivant que certains corps qui y étaient plongés en attiraient ou lui cédaient de l'humidité, et on donnait à ces corps les noms d'hygrométriques. Ainsi, lorsqu'un corps hygrométrique arrachait de l'eau à l'atmosphère, on disait que celle-ci était plus ou moins saturée, et lorsque le contraire arrivait, on disait qu'il y avait défaut ou privation de saturation. Cette théorie était d'autant plus séduisante, qu'on expliquait très bien ainsi tous les phénomènes météoriques.

Mais, comme on sait, un seul fait l'a renversée, et ce fait découvert par M. Clément, a démontré que l'évaporation de l'eau dans l'air n'est point l'effet d'une force dissolvante de celui-ci, mais bien de celui de la tension du liquide pour passer à l'état de vapeur, laquelle est d'autant plus forte que la masse est plus échauffée, l'air ne faisant dans ce cas que loger la vapeur aqueuse dans ses interstices moléculaires pour lui livrer passage. Mais, quelle que soit la densité ou la raréfaction de celui-ci, la quantité d'eau évaporée est toujours proportionnelle au degré de chaleur et à l'espace dans lequel a lieu l'évaporation; que cette évaporation a des bornes, et qu'il arrive un moment où l'eau convertie en vapeur ne peut plus se soutenir dans l'air, et tombe à l'état de liquide, et ce qui prouve que l'air lui-même n'est pour rien dans le phénomène de l'évaporation, c'est que la quantité d'eau évaporée est absolument la même, soit qu'on opère dans le vide, soit qu'on procède dans un vase rempli d'air; et bien qu'on ait encore conservé le mot de saturation pour expliquer les phénomènes hygrométriques qui signalent les différens états d'humidité ou de sécheresse de l'atmosphère, cela ne veut dire autre chose, si ce n'est que la vapeur d'eau atmosphérique jouit d'une plus ou moins grande tension, suivant le degré de chaleur qui lui a donné naissance, et l'espace qu'elle occupe. La température est-elle élevée et l'espace considérable, la vapeur jouit d'une grande tension, et non seulement elle dédaigne les corps hygrométriques, mais encore ceux-ci la dessèchent, en laissant volatiliser une portion plus ou moins considérable de ce liquide dont ils sont pénétrés; l'air alors nous paraît sec, bien qu'il contienne très souvent une très grande quantité d'eau volatilisée, comme le prouvent les vases remplis d'eau fraîche et de glace dans les chaleurs de l'été, sur lesquels on voit ruisseler des gouttes d'eau provenant de la vapeur aqueuse répandue dans l'atmosphère, et qui est condensée par le contact ou l'approche du vase froid. Si, au contraire, la chaleur vaporisante de l'eau est peu élevée, la tension de la vapeur diminuant en proportion, cette vapeur relâchée se soutient à peine dans l'atmosphère, et elle s'accroche alors, en les mouillant, à tous les corps dits hygrométriques. La même chose a lieu, si la chaleur vaporisante, jouissant d'une force suffisante, l'espace dans lequel a lieu l'évaporation a une étendue bornée, cet espace alors étant bientôt rempli de toute la vapeur dont il a la capacité, est aussitôt saturé, et la vapeur arrêtée dans sa tension par défaut d'espace, flotte et retombe bientôt, sous forme d'eau, sur les objets qui sont en contact avec elle, et les corps hygrométriques notamment s'en empreignent.

Quoique tous ces développemens m'aient paru tout à fait inutiles vis-à-vis des corps savans, pour lesquels mon mémoire a été fait, j'ai cru néanmoins devoir ne pas les passer sous silence

pour l'édification des personnes moins éclairées, auxquelles il en sera probablement donné connaissance par la voie de l'impression, si ces corporations le jugent digne de la publicité.

28. Si nous faisons actuellement une application de ces connaissances à la théorie de la contagion miasmatique, nous serons frappés de la concordance parfaite qui existe entre les phénomènes observés de part et d'autre. En effet, supposons un malade atteint d'une maladie contagieuse, couché dans un appartement fermé, ou plus ou moins resserré, et soigné par un ou deux individus ; il est certain que l'évaporation qui se fera, soit du malade, soit des assistans, aura bientôt saturé l'air de vapeur humide, et que celle du malade surtout, tenant en dissolution des embryons, des germes pestilentiels, sera déposée à la surface des corps ou des vêtemens de ceux qui les soignent, ou viennent les visiter, ou encore pompée ou inhalée par la respiration (1).

Dans tous les cas, ou ils pénétreront dans l'organisme de ces derniers, ou bien ils seront transportés par leurs vêtemens dans d'autres lieux, d'où ils pourront être dilatés de nouveau, c'est-à-dire passer à l'état de vapeur, forme sous laquelle ils pourront être absorbés par d'autres.

J'observerai toutefois ici, qu'il n'est pas toujours nécessaire, pour que l'infection miasmatique ait lieu, que le miasme soit à l'état de vapeur hygrométrique : l'absorption par l'acte de la respiration ne me paraissant pas avoir besoin de cette modification, il suffit alors que l'individu sain pompe l'air qu'il respire, directement dans l'atmosphère du malade.

29. Nous avons supposé un seul malade, renfermé dans une pièce peu spacieuse ; ce cas nous fournit un exemple d'un petit foyer de contagion : supposons maintenant deux ou trois malades, dans une pièce un peu plus vaste, occupée encore par d'autres individus en santé, et nous aurons un foyer de contagion plus considérable. On peut ainsi augmenter par la pensée, et le nombre des malades et le nombre des assistans, et l'étendue de l'appartement, et vous aurez ainsi des foyers proportionnels de contagion ou d'infection. Les foyers peuvent même être tels, que si on ne prend aucune précaution pour les détruire, ou les diminuer, il peut arriver qu'en ouvrant les appartemens, les miasmes s'échappent par les portes ou par les fenêtres, et si alors ils sont versés dans l'atmosphère extérieure, chargée elle-même où saturée d'humidité, qu'ils se répandent dans les escaliers et leurs paillers, les corridors, les cours, les allées des maisons, successivement dans les rues et qu'ils s'accrochent aux passans, et c'est ainsi que s'expliquent les ravages qu'exercent toujours les maladies contagieuses sur les classes inférieures de la société, et la fureur toujours croissante du fléau, à mesure qu'il existe un plus grand nombre de malades, jusqu'à ce que enfin les individus sains, aguerris ou acclimatés à la contagion, n'éprouvent plus de l'action des miasmes qu'une influence impuissante pour les infecter radicalement, ainsi que je l'ai dit dans mon livre sur le choléra (1).

Telles sont les connaissances positives et rationnelles qui nous éclairent sur la nature de la contagion ; elles résultent à la fois et de l'observation rigoureuse des faits et des seules interprétations physiques dont ils soient susceptibles. Il peut sans doute exister encore quelques élémens capables de modifier, dans certains cas, cette théorie fondamentale; mais outre qu'ils ont besoin d'être éclairés par une étude et une observation attentives, au milieu d'une épidémie pestilentielle, je ne crois pas qu'ils puissent exercer la moindre influence sur le fond de la théorie elle-même, qui est trop naturelle et trop bien établie, pour qu'aucune découverte puisse jamais lui porter atteinte ; d'autant plus qu'elle rallie à elle, non seulement tous les faits, mais qu'elle les explique de la manière la plus satisfaisante, en dissipant, comme des nuages, toutes les circonstances invoquées par les anti-contagionistes dans l'objet de nier l'existence de la contagion, à l'égard des maladies populaires les plus désastreuses ; je dis plus, je suis convaincu que ces élémens modificateurs, dont il est permis de supposer l'existence, et qui ne peuvent se rencontrer que dans certaines dispositions physiologiques ou organiques, soit des individus transmettant les miasmes contagieux, soit les recevant, les repoussant ou même les assimilant, sans de grandes perturbations morbides, ne feront, de plus en plus, que confirmer la vérité des principes que je viens d'exposer (2) et auxquels il ne me reste plus qu'à ajouter, sous le nom de lois de la contagion, une série d'aphorismes ou de sentences, ayant pour objet de faire connaître tous les résultats fournis par l'observation et les connaissances les plus élémentaires de la physique, toutes les circonstan-

(1) L'amélioration sensible qu'éprouvent les malades, au milieu des fumigations nitriques, dans les épidémies de typhus, et l'empressement qu'ils témoignent à les voir entretenir, feraient présumer avec quelque fondement que eux aussi sont susceptibles d'absorber une partie des miasmes qu'ils dégagent, et qu'ainsi le mal serait aggravé chez eux par la non interruption de l'empoisonnement miasmatique.

Ce que je puis affirmer, à cet égard, c'est qu'ayant dans tous les cas procédé toujours avec persévérance et continuité aux fumigations nitriques, j'ai constamment arrêté les épidémies typhoïdes avec un succès admirable, la mortalité cessant aussitôt, pour faire place à des améliorations évidentes. Le vent harmatan d'Afrique, dont les effets sur les malades sont aussi instantanément si sensibles, explique, d'une manière trop frappante, cet effet singulier des fumigations nitriques, pour ne pas reconnaître dans ces deux agens de désinfection, le même mode d'action, savoir : le dessèchement de l'air atmosphérique, soit la soustraction de son humidité vaporeuse ou l'augmentation de la tension.

(1) Alors la série des phénomènes morbides qui peuvent avoir lieu chez les individus qui en éprouvent les atteintes, se réduit à une indisposition plus ou moins forte ou légère, et plus ou moins comparable à la maladie radicale.

(2) Avant traité à fond, dans mon ouvrage sur la contagion du choléra, l'intéressante question de savoir comment une maladie contagieuse, sans perdre de sa force nuisible, finit néanmoins par être inoffensive à ceux qui sont sous l'action de sa férule, ce qui s'explique très bien par l'influence de l'habitude, l'acclimatement, etc. Je crois pouvoir me dispenser d'entrer de nouveau ici dans aucun développement qui m'entraînerait trop loin. On peut voir sur ce sujet le quatrième chapitre de ce Traité.

ces qui président à ces actes, et qui les modifient plus ou moins, et c'est ce que nous allons faire dans le chapitre suivant.

BILLERAY, D.-M. P.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II. DE L'EMPLOI DU CAUSTIQUE DE VIENNE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER EXTERNE.

Les caustiques ont été souvent conseillés dans le traitement de certaines tumeurs cancéreuses; la douleur qu'ils déterminent, la difficulté de borner leur action ont fait renoncer à leur emploi presque tous les médecins.

Toutefois, de nos jours, dans le but d'épargner aux malades les angoisses d'une opération sanglante; et dans celui de provoquer localement une inflammation éliminatrice plus sûrement curative, quelques praticiens, M. Récamier entre autres, ont cru de nouveau devoir recourir aux caustiques.

La potasse, la soude, le chlorure d'antimoine, les acides concentrés, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent ont été employés; mais les uns par leur extrême fusibilité, les autres par la difficulté de borner leur action; les autres enfin, à cause de la facilité de leur décomposition ont été successivement abandonnés.

Tout récemment, M. Canquoin a imaginé de faire une pâte caustique, en faisant dissoudre une certaine quantité de chlorure de zinc dans un poids égal d'eau, et en pétrissant cette dissolution avec de la farine, de manière à faire une véritable pâte, à laquelle on donne autant d'épaisseur que l'on veut. Cette pâte caustique n'a aucune action sur la peau revêtue de son épiderme; il faut préalablement mettre le derme à nu à l'aide de la pommade ammoniacale; puis la tenir appliquée pendant un ou deux jours, suivant que l'on veut cautériser plus ou moins profondément. Ce mode de cautérisation est fort lent, et cause de si atroces douleurs, que les malades les plus courageux ne peuvent souvent se résoudre à une seconde application; et souvent il y faut revenir plusieurs fois: aussi tous les médecins ont-ils renoncé à un moyen plus douloureux que l'opération chirurgicale la plus grave.

J'étais dans l'habitude d'appliquer des cautères avec le caustique de Vienne depuis que j'avais lu l'article publié par M. Ollivier (d'Angers), dans le Dictionnaire de Médecine en 25 vol.; et frappé du peu de douleur que témoignaient les malades, je résolus d'employer le même moyen dans le traitement de certaines tumeurs que les malades ne voulaient pas laisser enlever avec le bistouri.

Tout le monde sait comment se prépare le caustique de Vienne: on prend six parties de chaux vive, que l'on triture dans un mortier de fer un peu chauffé, avec cinq parties de potasse à l'alcool. Ce mélange pulvérulent est placé dans un flacon bouché à l'émeri. Lorsque l'on veut s'en servir, on jette dans une soucoupe une certaine partie de la poudre que l'on mêle avec de l'alcool ou de l'eau de Cologne, de manière à former un mortier assez épais.

Pour faire un cautère, on applique sur la peau un petit tas de ce mortier, et, au bout de cinq à dix minutes, le derme est complétement escarrifié. Ce caustique ne fuse pas et borne son action aux parties avec lesquelles il est en contact. L'impression qu'il fait sur la peau est nulle pendant une ou deux minutes, puis survient de la cuisson qui cesse une demi-heure après l'ablation du caustique.

Je pensai donc à appliquer au traitement du cancer un moyen si rapide et en même temps si peu douloureux. Je crus ce caustique préférable à tous les autres, puisque le médecin restait auprès du malade pendant le temps nécessaire pour produire la cautérisation, et qu'ainsi il pouvait prévenir tous les accidens.

Comme mon intention est seulement d'appeler l'attention de mes confrères sur un moyen curatif, qui peut quelquefois trouver son application, je me contenterai de rapporter deux observations; elles ont trait à deux femmes atteintes de cancer du sein.

1re *Observation.* — Une femme de quarante ans portait dans le sein, du côté gauche, une tumeur de nature cancéreuse, qui s'était développée avec une extrême rapidité. La peau commençait à s'ulcérer, quelques ganglions de l'aisselle commençaient à se gonfler. M. le docteur Archambault, médecin de la malade, céda à ses instances réitérées et enleva la tumeur du sein. L'opération fut faite habilement, et tout semblait marcher bien, quand, quelques jours après la complète cicatrisation, des tubercules cancéreux repullulèrent en grand nombre, et les ganglions de l'aisselle devinrent durs et douloureux. La malade vint me consulter au Bureau central des hôpitaux, et je lui conseillai d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Depuis deux mois que l'opération avait été faite, il s'était reproduit des tumeurs volumineuses qui, pour la plupart, étaient adhérentes aux aponévroses qui revêtent les muscles intercostaux; la peau était ulcérée en plusieurs points: profondément derrière la portion du grand pectoral qui constitue la partie antérieure de l'aisselle, on sentait deux tumeurs fort dures, et plus profondément au dessous de l'aisselle on en sentait plusieurs réunies en chapelet.

La promptitude avec laquelle s'était développée la première tumeur cancéreuse, la facilité de la récidive, nous faisaient porter le plus fâcheux pronostic, et nous ne nous dissimulions pas que toute opération chirurgicale ne pouvait désormais plus être tentée; et quoique nous ne crussions pas aux caustiques beaucoup plus de propriétés curatives qu'à l'instrument tranchant, cependant nous comptions sur la violente inflammation qu'ils détermineraient pour modifier plus puissamment la vitalité des tissus. Il était assez facile de cautériser les tumeurs du sein et celles du bas de l'aisselle; quant aux ganglions indurés que nous sentions derrière le muscle grand pectoral, ils étaient évidemment inaccessibles à nos moyens; mais il n'était pas démontré qu'ils fussent cancéreux.

Nous résolûmes donc d'employer les caustiques, sans avoir d'ailleurs beaucoup d'espérance de réussir.

La préparation que nous employâmes d'abord fut la pâte de chlorure de zinc, dont nous avons plus haut donné la formule, et qu'emploie M. Canquoin. Nous enlevâmes d'abord l'épi-

derme dans l'étendue de six pouces de long sur quatre de large environ, puis nous taillâmes un morceau de pâte de deux lignes d'épaisseur, qui fut appliqué, solidement fixé et laissé pendant quarante-huit heures. L'atrocité des douleurs qu'éprouva cette malheureuse femme ne se peut imaginer; elle souffrit horriblement pendant tout le temps que dura l'application du remède. Une escarre grise se forma qui tomba le neuvième jour; à son centre elle avait six lignes d'épaisseur, et elle devenait d'autant plus mince que l'on se rapprochait davantage de la circonférence. Au dessous de l'escarre on sentait huit ou dix tubercules cancéreux qui reposaient sur les muscles intercostaux eux-mêmes. Je voulus réappliquer la pâte de chlorure de zinc, mais la malade me déclara de la manière la plus positive qu'elle aimait mieux mourir que de consentir à une seconde application. Force me fut bien de recourir alors au caustique de Vienne, qui fut appliqué par petites masses sur chacun des tubercules cancéreux, et qui ne fut laissé que dix minutes. Ce caustique causa une cuisson assez vive, dont la malade se plaignit à peine. Quelques jours après, nous eûmes recours au même moyen pour quelques végétations qui semblaient surgir du fond de la plaie.

La plaie était grande; on la pansa avec du coton et du cérat simple. Elle suppura bien et marchait à une guérison rapide, quand la malade voulut absolument retourner dans sa famille. Je l'allais voir souvent chez elle, et deux mois après l'application du caustique, la plaie du sein était entièrement cicatrisée; mais les deux ganglions ou creux de l'aisselle étaient devenus cancéreux, et laissaient une ulcération profonde, dont les bords se renversaient. J'ai revu encore la malade en juillet 1835; il y avait alors huit mois qu'elle avait été cautérisée; l'ulcère du creux de l'aisselle ne s'était pas notablement agrandi; un seul petit tubercule cancéreux commençait à se développer sur la cicatrice, et tout porte à croire qu'il s'en est formé de nouveaux.

Cette observation peut donner lieu à quelques considérations importantes. Plusieurs tumeurs cancéreuses se développent rapidement dans le sein; la peau s'ulcère presque immédiatement; les ganglions de l'aisselle se gonflent eux-mêmes. Personne n'ignore que la rapidité du développement des tumeurs est le signe le plus certain de la diathèse, et que, si on les enlève avec le bistouri, la repullulation se manifeste presque toujours au moment même où la cicatrice vient de se former. La femme qui fait le sujet de cette observation en offre le triste exemple. Chez elle la récidive eut lieu vingt-huit jours après l'opération. Cependant le mal est alors attaqué par les caustiques, et, pendant sept mois on ne voit sous la cicatrice se reproduire aucun tubercule cancéreux, et pourtant la seconde opération était faite dans des circonstances évidemment plus défavorables encore que la première. Ici se trouve confirmée l'observation déjà si bien mise en lumière par M. Récamier, et avant lui indiquée par Justamond, frère Cosme, Plunequet, Rousselot, Dubois, savoir: que les affections cancéreuses, superficielles ou profondes récidivent beaucoup moins vite sous le caustique que sous l'instrument tranchant; et si maintenant nous voulons savoir à quel caustique la préférence doit être donnée, nous n'hésiterons pas à reconnaître que la pâte de chlorure de zinc, par l'atrocité des douleurs qu'elle détermine, par la longue durée de son action, ne peut être mise en parallèle avec le caustique de Vienne, qui agit instantanément, sans vive douleur, et dont le médecin peut borner l'envahissement avec une extrême facilité.

IIe Observation. — *Cancer du sein durant depuis dix-huit mois; application du caustique de Vienne. — Guérison.*

Une femme de quarante ans entre à la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être guérie de tumeurs qu'elle portait au sein gauche. Elle nous raconta que, depuis dix-huit mois, elle s'était aperçue du développement d'une petite tumeur au devant de la poitrine, à peu près au niveau de la jonction de la cinquième côte sternale avec le cartilage. Cette tumeur d'abord avait été unique; mais il s'en était successivement développé six autres d'un volume un peu moindre et qui formaient une sorte de chapelet, depuis le point que j'ai précédemment indiqué jusque vers le milieu de la mamelle du même côté. Maintenant, la tumeur principale avait dix-huit lignes de longueur sur deux pouces de largeur; son épaisseur était de cinq ou six lignes. Elle était peu mobile. Les autres tumeurs allaient en diminuant graduellement, de sorte que la dernière avait à peu près le volume d'une petite noisette; ces dernières étaient mobiles.

Comme la femme était fort maigre et que la glande mammaire était presque nulle des deux côtés, ces tumeurs étaient toutes fort superficielles.

Sur la principale, la peau était violacée et ulcérée; une croûte noire couvrait la plaie, et de temps en temps il s'en écoulait un liquide roussâtre exempt de fétidité. Les veines environnantes étaient variqueuses.

Il y avait d'ailleurs peu de douleurs. Le teint était assez bon, en ce sens que la peau n'avait pas la couleur jaune paille que nous sommes habitués à regarder comme d'un si mauvais augure.

Je résolus d'enlever toutes ces masses cancéreuses avec le caustique de Vienne. Je coupai une lame de plomb dont je fis une bande de deux lignes de largeur, puis je la plaçai de champ sur la peau, et je lui fis décrire autour des tumeurs un circuit tel qu'elle les embrassa exactement dans l'aire qu'elle circonscrivit. Alors je fis avec de l'alcool et la poudre caustique un mortier assez dur, qui me servit à recouvrir, dans une épaisseur de deux à trois lignes, la peau comprise entre les parois de ma lame de plomb. Cette lame me servait à borner exactement l'application du caustique. Le caustique resta appliqué cinquante-cinq minutes. De dix en dix minutes j'écartais un peu le mélange de chaux et de potasse, et, avec la pointe d'un bistouri, je sondais la profondeur à laquelle la cautérisation avait pénétré. Je retirai le caustique lorsque je crus avoir atteint toute l'épaisseur des parties malades, et j'essuyai le derme.

La malade avait commencé à sentir une vive

cuisson trois ou quatre minutes après l'application du mélange. Au bout de dix minutes, la cuisson était beaucoup plus forte ; dès ce moment elle alla en diminuant, et fut assez peu sensible, pour que la malade rît et plaisantât pendant tout le reste du temps.

Toutefois, quand le caustique fut enlevé, la cuisson redevint un peu plus forte et se fit sentir pendant une heure à peu près.

Lorsque l'on eut enlevé le mélange escarrotique, les parties mortifiées étaient d'un brun violacé comme si du sang s'était mêlé intimement aux tissus. Mais le lendemain, l'escarre était tout à fait semblable à celle qui résulte de l'application de la potasse caustique.

Les parties furent recouvertes de cataplasmes émolliens, et l'escarre qui avait à peu près quatre pouces de longueur sur deux pouces de large, se détacha le dixième jour, laissant à sa place une plaie beaucoup plus large que l'escarre elle-même.

Au dessous, le muscle pectoral était à nu, et les fibres les plus superficielles avaient été détruites ; il n'existait plus qu'un petit noyau squirrheux enfoncé dans un espace intercostal, que nous cautérisâmes en deux fois, à l'aide d'une petite cupule faite comme un dé à coudre, que nous remplissions de mélange caustique.

Nous n'eûmes plus alors qu'à traiter une plaie simple : on la recouvrit de coton cardé enduit de cérat ; et au bout de six semaines seulement, la cicatrisation était achevée.

A l'intérieur, la malade prit quelques préparations de ciguë et d'arsenic.

J'ai plusieurs fois employé le même moyen pour cautériser le col de l'utérus. A cet effet, je me sers de petits godets de grandeur variable, semblables pour la forme à la cupule d'un gland de chêne. Ces petits godets se vissent tous sur une tige commune, longue d'un pied environ, qui sert à les porter dans l'intérieur du spéculum, jusqu'au col de l'utérus ; en remplissant le godet de poudre caustique à peine humectée d'alcool, on peut, dans l'espace de dix minutes, escarrifier le col de l'utérus dans l'épaisseur de deux lignes. Il faut avoir soin de faire suivre immédiatement cette opération d'injection d'eau acidulée, afin de saturer l'alcali et de l'empêcher d'agir sur le vagin quand on aurait retiré le spéculum.

J'ai voulu, dans ce peu de lignes, faire connaître un moyen que je crois utile, et engager les praticiens à le mettre en œuvre dans les cas où la timidité des malades se refuserait à une opération sanglante.

Je ne crois pas que par cette médication on évite les récidives ; mais je suis persuadé qu'on les recule plus sûrement qu'avec le bistouri ; et si déjà l'emploi comparatif de l'instrument tranchant et des préparations arsénicales escarrotiques, dans le traitement du cancer de la peau, n'avait démontré l'incontestable supériorité de ces dernières, le premier fait que j'ai rapporté suffirait presque pour l'établir (1).

A. Trousseau,
Médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

(1) Depuis l'impression de ce travail, mon ami M. le docteur Ollivier (d'Angers) m'a dit qu'il avait enlevé de la même manière une énorme tumeur du sein. Comme la femme était fort grasse, il laissa le caustique appliqué pendant trois heures ; l'eschare tomba le onzième jour et la malade guérit.

III. DE L'HÉMIPLÉGIE FACIALE ET DE SON TRAITEMENT PAR LE GALVANISME.

La paralysie partielle, idiopathique, des muscles de la face, n'est pas rare, et pourtant les recueils d'observations de nos jours n'en offrent pas de nombreux exemples. Les faits de ce genre seraient-ils trop vulgaires ? Je ne saurais le décider ; mais certainement il reste encore à faire quelque chose pour la cure d'une maladie souvent très tenace et rebelle à une foule de remèdes. C'est donc pour aider à fixer le traitement le plus efficace de l'hémiplégie faciale que je vais en rapporter plusieurs cas.

Cette affection, qui pourrait faire soupçonner au premier abord, une apoplexie ou un ramollissement du cerveau, n'occasione aucun trouble dans les fonctions intellectuelles et sensoriales, aucun dérangement dans la circulation, la respiration, les sécrétions, etc. Elle paraît résider, d'après les expériences sur le système nerveux, et quelques observations d'anatomie pathologique ; dans les filets ou le tronc du nerf facial. En effet, les seuls muscles dont les mouvemens se lient aux actes respiratoires et servent à l'expression du visage, sont paralysés, tandis que la langue, les muscles temporal, masseter, ptéryoïdiens conservent leur motilité. La maladie se déclare ordinairement tout à coup et sans que le sujet en ait d'abord conscience ; d'autres fois, elle a lieu graduellement et n'est complète qu'après plusieurs jours ; parfois encore, précédée de douleurs plus ou moins vives, elle se borne à quelques muscles. Lorsque la paralysie est complète d'un côté, le sourcil est immobile, les rides du front sont effacées ou moins marquées, les paupières ne peuvent se fermer ; l'œil humide de larmes constamment soumis au contact de l'air peut devenir douloureux et s'enflammer. La bouche, entraînée par les muscles du côté sain, se porte plus ou moins en haut et en dehors dans le parler et surtout le rire ; tandis que les lèvres paralysées, immobiles et baissées, se touchent par leur bord. La parole est gênée et fatigante, les alimens mâchés, restent entre l'arcade dentaire et la joue malade. Il y a impossibilité de siffler, de gonfler les joues au moyen du souffle ou d'un liquide retenu dans la bouche. Quelquefois la partie lésée cause des douleurs qui se répandent même jusque dans le cou et l'épaule ; l'oreille est le siége d'un bourdonnement ou d'un bruissement fort incommode. Cette affection peut résulter d'une contusion violente du visage ; de la section des filets ou du tronc du nerf facial, de l'inflammation et de la suppuration d'abcès dans la région parotidienne, etc. Mais pour l'espèce qui nous occupe principalement, la cause prédisposante la plus ordinaire est due à un état rhumatique particulier et l'impression de l'air froid sur la face, en est la cause occasionelle la plus fréquente.

La thérapeutique usitée communément en

cette occurrence, consiste dans les saignées, les vésicatoires, cautères, sétons, moxas à la nuque ou appliqués au voisinage du trou stylo-mastoïdien. Cependant, par l'emploi de ces remèdes l'amendement est en général lent à s'établir, quoique, dans certains cas, la guérison puisse avoir lieu spontanément ou sous l'influence de moyens très simples tels que des fumigations émollientes, et la précaution de garantir du froid, les parties affectées. Mais de tous les agens curatifs employés jusqu'ici, celui qui produit l'effet le plus rapide et guérit en beaucoup moins de temps, même quand une foule de traitemens énergiques ont échoué pendant des mois et des années, se trouve dans l'application de l'électricité galvanique.

Pour éviter les redites, dans le cours des observations qui vont suivre, il est convenable d'indiquer de quelle manière je soumets la partie malade à l'action de l'électromoteur. Celui que j'emploie renferme dans sa cuve cinquante élémens, cuivre et zinc, de deux pouces carrés de surface et l'eau qui en remplit les intervalles est acidulée par litre avec cinquante, soixante, à quatre-vingt-dix gouttes d'acide hydrochlorique du commerce.

Un aide, tient appliqué, tantôt sur la région stylo-mastoïdienne; tantôt sur la tempe et la région massetérine; l'excitateur à disque recouvert de drap imbibé d'eau acidulée et communiquant à l'un des pôles de la pile par le moyen d'un fil de cuivre. De mon côté, j'appuie successivement sur les points affectés du visage, et plus souvent contre la face interne de la joue et des lèvres, la boule de cuivre (1) du second excitateur séparé de son fil métallique et tenu d'une main, tandis que de l'autre, portant le fil conducteur sur la tige de métal qui soutient la boule, j'établis le cercle galvanique. Au moment du contact, si la tension électrique est suffisante les muscles faciaux se contractent pendant qu'une douleur se fait sentir, plus ou moins aiguë, et différente suivant les parties où sont appliqués les excitateurs. Le malade a vu un *éclair*, une *étincelle*. Si le courant électrique continue, un fourmillement se répand dans les muscles qu'il parcourt, la peau se colore d'un rouge vif et un sentiment de brûlure insupportable ne tarde pas à se manifester au point occupé par l'excitateur du pôle négatif. Après l'opération, le sujet ressent une sorte de fatigue dans les muscles galvanisés; ce n'est, ordinairement qu'au bout de vingt à trente minutes et plus qu'il éprouve du soulagement, lequel, aux premières séances, ne dure que peu de temps, pour, ensuite se dissiper par degrés et laisser les organes comme ils se trouvaient avant l'électrisation. Mais le mieux-être ne tarde pas à faire des progrès, à se soutenir, et la guérison se consolide bientôt, même si l'on avait discontinué le remède avant qu'elle fût achevée,

En général, le fluide négatif excite moins la myotilité que le fluide positif. Quand ce dernier pénètre par la face interne de la joue, les contractions sont plus fortes, plus étendues et beaucoup moins douloureuses que s'il agit sur la surface cutanée. Dans le premier cas, elles sont aussi marquées, mais avec un moindre développement de la sensibilité que par l'électropuncture. C'est pourquoi je pense que la plupart des hémiplégies faciales n'ont pas besoin de l'acupuncture. Lorsque l'on galvanise il est prudent de ne se servir d'abord, que d'un petit nombre d'élémens, et de n'en prendre graduellement que jusqu'au point où la douleur est supportable, car il y a des personnes tellement irritables et si désagréablement affectées de ce mode d'électrisation qu'elles en sont tout étourdies. Chaque séance d'opération pour les sujets des observations suivantes a duré de dix à quinze minutes.

(1) Boule préalablement entourée d'un linge fin mouillé.

Ire *Observation.* Au mois d'octobre 1826, M. J. âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin et jouissant habituellement d'une bonne santé, ne fut pas peu surpris après une nuit passée dans un sommeil paisible, d'apprendre en s'éveillant que sa bouche était fortement tirée en haut et à gauche, sans qu'il lui fût possible de la ramener à la direction normale. La paupière supérieure de l'œil droit pouvait à peine s'abaisser sur le tiers de cet organe, et l'on s'assura facilement que les muscles de ce côté de la face étaient paralysés. La peau n'avait rien perdu de sa sensibilité. Point de fièvre, ni de céphalalgie, aucun trouble dans les fonctions cérébrales. M. J*** n'avait fait aucun excès; il se rappela seulement qu'allant à la chasse trois jours auparavant, il eut la joue droite exposée pendant quelques heures, à un vent froid et violent du nord. Je rassurai le malade qui se croyait attaqué d'apoplexie, en lui disant que je considérais l'affection comme locale et produite vraisemblablement par l'action du froid sur les rameaux faciaux du nerf de la 7e paire (prescrip. 15 sangsues derrière l'oreille, pédil. sinap. linim. ammon. camph.; vésicatoire à la région mastoïdienne.) Les deux derniers moyens furent employés pendant quinze jours sans produire aucune amélioration.

Le galvanisme fut alors mis en usage, le disque terminal d'un des conducteurs étant appliqué sur la plaie du vésicatoire, recouverte d'un linge fin mouillé; les muscles se contractèrent vivement. Le malade fermait à volonté les paupières, lorsque le courant électrique se continuait sur le muscle orbiculaire et principalement sur le trou sus-orbitaire. La séance terminée, il n'y avait aucun changement dans la paralysie. Après la 2e opération, mouvement volontaire des muscles surcilier et frontal. A la 3e les paupières pouvaient se clore, mais avec quelque difficulté; la bouche semblait moins déviée : à la 4e les contractions musculaires étaient à peu près soumises à la volonté. A la 15e séance, le visage avait repris son expression habituelle et la guérison était parfaite. Depuis ce temps M. J*** n'a rien ressenti de cette maladie.

IIe *Observation.* M. N**, âgé de 20 ans, d'une bonne constitution, s'étant exposé à un courant d'air en novembre 1827, éprouva quelques douleurs vers l'épaule gauche. Huit jours plus tard, après une bonne nuit, M. N** fut saisi d'étonnement et de crainte à son lever, en se voyant au miroir, le visage tout contrefait, la bouche tirée en haut et à droite; la joue gauche un peu tuméfiée, et dans l'impuissance de faire

mouvoir aucun des muscles de ce côté de la face. Cette partie était légèrement douloureuse ; parfois de vifs élancemens se faisaient sentir dans l'oreille. La douleur disparut bientôt, l'enflure se dissipa, mais l'immobilité des muscles resta la même. On employa sans aucun succès : sangsues derrière l'oreile, fumigations, bains de vapeurs, linimens stimulans, vésicatoires à la tempe et sur la joue. Le malade désolé, suspendit tout traitement, ne fondant plus d'espoir que sur le retour de la belle saison et des chaleurs de l'été. à cette époque survint un changement, une amélioration : la distorsion de la bouche n'existait plus pendant l'immobilité du visage ; une volonté ferme déterminait de très faibles mouvemens de la joue et des paupières. L'hiver revint, et avec lui la paralysie. Alors on appliqua le moxa sur la région parotidienne, et cette adustion, loin de soulager, parut augmenter l'engourdissement.

Au mois d'août 1829, vingt-un mois depuis l'invasion de l'hémiplégie, le malade me consulta. Son état avait peu changé : la paupière supérieure ne s'abaissait que sur le tiers du globe de l'œil, et avec un effort considérable, en contractant les muscles du côté gauche du cou, la commissure des lèvres correspondante ne faisait qu'un petit mouvement. Le temps froid ou venteux causait une douleur qui parcourait la joue et le conduit auditif.

M. N** fut galvanisé : après la première séance, il y avait un soulagement remarquable, beaucoup moins de roideur dans la partie affectée. Cette amélioration dura cinq ou six heures, puis revint le premier état.

Toutefois le lendemain matin, M. N** ressentit encore à son lever les bons effets de l'opération.

Aux séances suivantes, le mieux-être continua ; à la vingtième, il n'existait plus de difformité ; l'œil se fermait entièrement, l'action de siffler, gonfler les joues par l'air chassé avec force des poumons, s'effectuait ainsi que le froncement des sourcils. Il ne restait enfin, de cette paralysie si tenace, qu'un peu de roideur à la lèvre supérieure et une très légère déviation de la bouche dans le rire excessif.

IIIe *Observation*. Mme P**, âgée de 70 ans, sujette aux douleurs rhumatismales, allait à la campagne en voiture découverte, au mois de septembre 1829, n'éprouvant aucune gêne, aucune souffrance, avant de se mettre en route. Après un trajet de quelques lieues, les personnes qui accompagnaient cette dame, s'aperçurent qu'elle avait la bouche déviée à gauche. Il n'existait aucun malaise, et les fonctions cérébrales restaient dans leur état habituel. Je vis la malade le 28 octobre. Le temps écoulé depuis l'accident n'avait produit aucun changement. Tous les muscles du côté droit de la face étaient paralysés, excepté l'orbiculaire qui conservait assez de force pour fermer les paupières. Les douleurs rhumatismales erratiques que Mme P** ressentait très fréquemment n'avaient pas reparu depuis la paralysie. J'employai le galvanisme, mais de manière à n'occasioner que de faibles contractions, parce que Mme P**, très pusillanime, redoutait à l'excès la moindre opération douloureuse. A la troisième séance, quoique la distorsion de la bouche n'eût pas diminué, il y avait moins de roideur à la joue, la parole était plus facile.

Sixième séance. — La commissure des lèvres parut moins déviée ; on remarqua de légères contractions des muscles affectés, lorsque la malade parlait. Elle dit éprouver un grand soulagement. Septième séance : continuation du mieux, bouche moins déviée ; mais la nuit fut troublée par une névralgie faciale qui se dissipa le matin. A la neuvième séance, la distorsion de la bouche était presque nulle, et les mouvemens musculaires reparaissaient soumis à la volonté. L'électrisation fut discontinuée, parce que la névralgie qui suivit les dernières opérations devenait plus violente et plus longue. Dès ce moment, les douleurs cessèrent, et la guérison de la paralysie se consolida sans qu'on employât d'autre moyen.

IVe *Observation*. — M. de L**, âgé de 29 ans, d'une bonne constitution, mais très irritable, se trouvant dans son jardin, le 7 juin 1833, exposé à la fraîcheur du soir, reçut quelque temps sur la joue droite, un courant d'air assez violent. Déjà, depuis plusieurs jours, M. L** éprouvait une douleur circonscrite dans la région mastoïdo-parotidienne du même côté. Le 8 juin au matin, en s'éveillant, la joue droite lui parut être tuméfiée, la parole était difficile, surtout à haute voix. Bientôt il s'aperçut que la bouche était tirée à gauche, que les paupières ne pouvaient se fermer, enfin que le côté droit de la face restait, malgré la volonté, tout-à-fait immobile. M. de L*** n'employa d'abord aucun remède. Pendant la nuit, la douleur precitée augmenta et s'étendit en vifs élancemens dans l'oreille, la tempe, la joue et les paupières, (presc, 15 sangsues à l'apophyse mastoïde, pédil. sinap.) La douleur seule disparut. 9 juin : L'emploi du galvanisme occasiona une vive douleur ; mais pendant dix minutes que dura l'opération, il n'y eut aucun mouvement musculaire. Deuxième séance : On obtint des contractions, qui se prononcèrent de plus en plus aux opérations suivantes.

A la huitième, la bouche n'était presque plus déviée ; le malade y retenait de l'eau pour se gargariser. Mouvemens volontaires assez marqués, mais encore faibles. A la vingt-deuxième et dernière séance, les muscles d'expression du visage avaient récupéré leur motilité.

Ve *Observation*. — Lemaistre, âgé de vingt-neuf ans, soldat au neuvième régiment de cuirassiers, était de garde d'écurie, lorsque se levant de grand matin, il fut surpris de ne pouvoir siffler ; l'œil gauche était larmoyant ; l'état général bon, sans le moidre malaise. Il ne tarda pas à reconnaître que tout le côté gauche de la face était immobile, la bouche fortement tirée en haut et à droite.

Entré à l'hôpital le 1er novembre 1833 (Prescription : vésicatoire à la nuque, pédil. sinap., fumigations, frictions stimulantes). Au bout de dix jours, il n'y avait aucun changement. L'électricité galvanique, dès lors employée, n'excita pas la myotilité pendant les trois premières séances, quoique les douleurs fussent très aiguës. A la cinquième, il y eut de faibles contractions. A la huitième, elles étaient violentes, et des mouvemens volontaires se mani-

festèrent aux muscles frontal, sourcilier et labial.

Après la vingt-unième opération, le malade fermait presque entièrement les paupières, sifflait, gonflait les joues; la bouche ne se déviait que très peu en parlant. L'amélioration fit des progrès aux séances suivantes, et à la quarante-quatrième les mouvemens volontaires étaient rétablis, et la face avait repris son expression naturelle; seulement, les paupières ne se rapprochaient pas encore tout à fait vers l'angle interne.

VIe *Observation.*—Noël, d'un tempérament sanguin, âgé de vingt-trois ans, soldat au neuvième régiment de cuirassiers, fut admis à l'hôpital le 4 décembre 1833. Ce militaire venait d'être atteint d'hémiplégie faciale à droite. Les paupières correspondantes, encore mobiles, se fermaient aux deux tiers. Il ne ressentait avant l'affection aucune douleur ni pesanteur de tête. Il raconte que la veille, pendant un service à cheval et en mouvement de galop, il ne distinguait plus les objets et trouvait de la tension à la joue droite (Prescr. saignée du bras). Le sept, on frictionna cette région avec huit gouttes d'huile de croton-tiglium, ce qui fit naître pendant la nuit de petites vésicules nombreuses remplies d'un fluide lactescent. Le neuf, friction semblable derrière l'oreille, même éruption, sans aucun changement de l'état pathologique. A la chute des squammes résultantes de l'éruption, nous avons employé le galvanisme. Première séance: douleurs vives et mouvemens musculaires assez marqués; mais contre l'ordinaire, le courant négatif provoquait des contractions plus fortes que celles par le positif, sans cesser, pour cela, d'exciter davantage la sensibilité. A la sixième opération, les paupières se fermaient complétement. Huitième séance (19 décembre, temps pluvieux, venteux): les muscles frontal, sourcilier, ont recouvré presque entièrement leur action. Le courant positif a plus fortement agi sur les muscles que le négatif. Je ferai remarquer que celui-ci produisit (et ce seul jour dans les deux cas) le contraire sur le malade de l'observation précédente. La paralysie diminuant toujours aux séances suivantes, à la trentième et dernière, le système musculaire avait repris sa force et le visage son expression; la commissure des lèvres conservait une déviation très peu apparente. Noël sortit guéri de l'hôpital le 8 février.

VIIe *Observation.*—Lalut, soldat au dixième régiment de chasseurs à cheval, admis à l'hôpital le 19 janvier 1827, avait reçu, en duel, trois semaines auparavant, un coup de pointe de sabre, entre le condyle de la mâchoire et le tragus de l'oreille droite. La plaie était guérie, mais je dus croire qu'elle avait été peu profonde, vu la très petite étendue de la cicatrice, l'absence d'hémorrhagie après la blessure, l'intégrité du conduit auditif et de la capsule de l'articulation temporo-maxillaire. Au moment du coup, la bouche se tourna fortement à gauche, la paralysie des muscles du côté droit de la face était complète, sans perte de la sensibilité. Il y avait de la douleur le long de l'arcade zygomatique et dans la région temporale.

J'eus recours au galvanisme pour guérir cette paralysie. Il y eut de violentes contractions à la première séance, et le jour suivant, à la visite du matin, le malade pouvait clore assez exactement les paupières. Malgré mes recommandations il se lava le visage à l'eau froide, et aussitôt après, l'œil se fermait beaucoup moins, mais encore assez cependant pour reconnaître la favorable influence de l'électricité. A la vingt-cinquième et dernière séance, les paupières se rapprochaient au point de contact; il n'y avait plus qu'une fort médiocre atonie de la joue; la bouche remise en son état normal était seulement tirée un peu plus à gauche qu'à droite, dans le rire forcé.

VIIIe *Observation.*—M...., admis à l'hôpital le 26 décembre 1826, fut, dans une rixe, blessé à la joue droite par un éclat de bouteille. La plaie assez profonde allait de la partie postérieure de la branche de l'os maxillaire au bord antérieur du muscle masseter, suivant la direction immédiatement au dessous du canal de la parotide. Il y avait hémiplégie faciale sans perte de la sensibilité. La cicatrisation eut lieu dans l'espace de vingt jours. A cette époque, la déviation de la bouche n'existait plus, la myotilité se trouvait rétablie, excepté celle de l'orbiculaire des paupières du sourcilier et frontal. Dans cet état, M.... sortit de l'hôpital et y revint au bout de trois mois. La paralysie avait persisté. La paupière supérieure pouvait à peine, malgré les plus grands efforts, recouvrir le tiers du globe de l'œil. Celui-ci, constamment ouvert, était rouge et larmoyant.

Après la première opération galvanique, les paupières se fermèrent tout à fait.

Le lendemain, leur rapprochement n'arrivait plus au point de contact, mais après la seconde séance, il s'effectua sans difficulté. A la quatrième opération, le côté de la face ne conservait plus qu'un peu de roideur, et le malade satisfait ne voulut plus continuer le traitement.

Plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, je revis M.... parfaitement guéri.

J.-S. Castara, D.-M. P.
Chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques de Lunéville.

—

HÉMIPLÉGIE FACIALE (1).

Monsieur le Rédacteur,

Dans un travail sur les fonctions du nerf facial et la paralysie de la face, publié dans vos numéros de juin et juillet dernier, M. Bérard aîné a voulu établir: 1° que ce nerf, portion dure de la septième paire, est affecté à la contractilité et non à la sensibilité des muscles auxquels il se distribue; 2° que des hémiplégies faciales, considérées comme symptomatiques, tantôt d'une apoplexie ou d'un ramollissement du cerveau, tantôt d'une névralgie de la cinquième paire, n'étaient que des paralysies locales, idiopathiques de la septième paire, déterminées ordinairement par l'impression du froid dans l'oreille, ou sur la joue.

(1) Nous avons voulu réunir la lettre de M. Jacob à l'excellent travail de M. le docteur Castara, pour que nos lecteurs pussent les comparer.

Pour appuyer, *par les faits*, l'avantage de ses propositions, sur l'opinion contraire d'un des professeurs de clinique médicale de l'Ecole, M. Bérard en appela aux observations qu'il croit, et sans doute avec raison, facile de rassembler en grand nombre, conformes à celles qu'il a présentées lui-même. Le talent supérieur avec lequel a été développée cette matière, considérée sous le double point de vue de physiologie et de pathologie, n'a plus besoin aujourd'hui de secours étranger. Néanmoins, le professeur de physiologie à la Faculté de Paris pardonnera peut-être à un ancien élève de son cours particulier d'anatomie, de lui présenter, par l'entremise de votre journal, le tribut, quelque faible qu'il soit, de deux observations analogues, qui ont été recueillies presque dans le même temps, et avec un intérêt tout spécial.

Madame J., âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, d'une complexion délicate, jouissait d'une bonne santé, qui même avait paru s'améliorer avec les progrès de sa première grossesse, lorsque au milieu du huitième mois, l'incendie d'une maison voisine lui occasiona une violente frayeur, à la suite de laquelle son appétit diminua, et avec lui son embonpoint primitif. Quinze jours après cet accident, 20 novembre dernier, en sortant, sur le soir, d'un appartement très chaud, madame J. monta en voiture, et y garda, pendant une heure que dura le trajet, le côté droit de la figure exposé à l'impression d'un vent froid. Au milieu de la nuit, un engourdissement vague se fit sentir dans l'oreille et sur toute la joue droite, et bientôt s'y joignirent des picottemens, et une tension presque douloureuse; cependant l'intérieur de la tête était parfaitement libre et l'intelligence intacte. Le lendemain matin, la symétrie de la figure est complétement dérangée par les altérations suivantes, et dans la direction des branches principales du nerf facial.

Sur le *front*, une ligne de démarcation médiane sépare le côté gauche, qui se ride à volonté, du côté droit qui reste uni et immobile.

L'*œil* paraît plus volumineux par l'ouverture outre mesure des deux paupières, dont la supérieure est plus relevée, et l'inférieure tellement abaissée, qu'elle laisse échapper les larmes continuellement. Dans les efforts d'occlusion, il reste entre les bords libres des deux paupières un intervalle de au moins quatre lignes.

La *joue* est un peu tuméfiée, sans changement de chaleur ni de coloration; le siége de la glande parotide est sensible à la moindre pression; le reste de la joue n'est occupée que par une espèce de fourmillement plus incommode que douloureux, auquel se joignent parfois des tiraillemens.

La régularité de la *bouche* est entièrement détruite; la commissure droite est abaissée, et plus proche du point médian, surtout dans la contraction forcée des muscles, pendant le rire, et la prononciation des syllabes exigeant le rapprochement des lèvres. L'appréhension des alimens est également difficile; la malade ne peut boire qu'au moyen d'une petite cuiller à café. L'action de souffler est impossible, de même que celle d'expuer la salive qui, quelquefois, s'échappe involontairement.

Le *menton* ne se ride qu'à gauche.

Le *pavillon de l'oreille*, et son pourtour, de même que tout le *côté droit du cou*, jusqu'au sommet de l'épaule, participent à la même impression de froid et de gêne, mêlée de temps en temps de fourmillemens subits.

Cette hémiplégie si promptement complète de la face, compliquant une grossesse avancée, et survenant peu de jours après la frayeur dont j'ai parlé plus haut, inspira de vives alarmes à ma famille (car la malade était mon épouse), surtout lorsque deux de mes confrères, également distingués par une haute expérience, eurent exprimé leur crainte sur l'existence d'une *attaque*. Cependant, le rapport des circonstances commémoratives que j'avais pu observer minutieusement, avec ces symptômes que j'expliquais tous rationnellement par une fluxion rhumatismale du conduit que parcourt la septième paire dans le rocher, conduit qui, devenu trop étroit, devait étrangler le nerf, et en gêner conséquemment les fonctions, et l'absence surtout de tout autre accident morbide, soit du cerveau, soit des membres, antérieurement et actuellement, me confirmèrent dans l'opinion d'une paralysie simplement locale.

Le terme trop prochain des couches me parut une contre-indication à toute évacuation sanguine; et je me bornai d'abord à couvrir le côté malade de cataplasmes émolliens, que je remplaçai deux jours après par des frictions avec un liniment volatil. Une amélioration s'était déjà manifestée; mais les douleurs de l'accouchement qui survinrent le huitième jour, et qui durèrent avec une intensité extrême pendant près de cinquante heures, ramenèrent, malgré une saignée que je pratiquai au début du travail, les symptômes à leur point primitif. Cependant, à l'aide de deux applications de sangsues sous l'oreille, de frictions stimulantes avec la teinture de strychnine, des vésicatoires volans sur la joue, et de quelques dérivatifs, ce côté de la face a repris insensiblement sa régularité presque complète, surtout au retour de la belle saison. Il ne reste aujourd'hui qu'une très légère déviation dans le rapport des lèvres, qui encore n'est appréciable que dans les grands mouvemens de la bouche, et un sentiment d'engourdissement sur presque toute la face, ne se réveillant toutefois que lorsque le temps devient froid et humide.

Si la saison des eaux eût été plus favorable, je présume que les douches de Balarue ou de Néris auraient achevé la guérison.

Jeanne G., âgée de trente-huit ans, affectée d'une surdité héréditaire, femme d'un boulanger, et habitant une maison dont les petites dimensions rendent extrême la chaleur que répand le four, mère de neuf enfans, et actuellement encore enceinte, fut saisie, dans une nuit du mois de juin dernier, d'une douleur aiguë, occupant l'intérieur de l'oreille gauche, et s'irradiant de là dans toute la joue correspondante. Avant de se coucher, elle était sortie, ayant la tête suante, et elle avait senti, dit elle, un courant d'air frapper sur les deux côtés de sa figure indistinctement. Le lendemain matin, appelé auprès d'elle, je constatai une

hémiplégie de la face, dont tout le côté gauche offrait les mêmes phénomènes énumérés dans la précédente observation, toutefois à un degré beaucoup moins prononcé. Le terme de sa grossesse qui avait atteint le quatrième mois, et l'habitude que j'ai contractée de la saigner à cette époque; la douleur qui persistait encore dans l'intérieur de l'oreille, et la grande appréhension que gardait cette femme, malgré mon assurance contraire, sur l'existence d'une attaque, me déterminèrent à lui pratiquer une saignée générale, dont l'inefficacité sur l'affection locale m'engagea à faire le soir une application de huit sangsues sous l'oreille; un léger soulagement se manifesta dans la douleur, mais la paralysie fut au contraire plus prononcée le lendemain. Je remplaçai alors les cataplasmes émolliens par un vésicatoire volant, et après lui par les frictions stimulantes.

Au quatorzième jour la disparition de la paralysie fut complète, et elle ne s'est plus renouvelée, malgré les vicissitudes du temps.

JACOB, D.-M. P.

III. REVUE CLINIQUE.

Clinique médicale.

. . . . . Car encore un coup, la distinction réelle des maladies doit se déduire de la nature de l'affection qui les entretient et non pas du siége que cette affection occupe.

(GRIMAUD; *Cours de fièvres*, t. 4, p. 110.)

Quelle prétention de la part de Morgagni d'avoir intitulé son livre : DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM PER ANATOMEN INDAGATIS : N'en croyez pas Morgagni, pour avoir été un grand anatomo-pathologiste, il ne fut jamais un grand médecin.....

Serait-il vrai que les sources du diagnostic fussent là : *Per anatomen indagatis ?* Plût à Dieu! L'art serait facile, la science faite ou au moins bien avancée marcherait à grands pas vers la rigueur des sciences exactes..... Voyez pourtant de suite à quels résultats insensés va aboutir une pareille opinion !.... car l'*art est long, le jugement difficile*. les grands médecins rares, plus rares peut-être qu'aucune autre espèce de célébrités; et, si avant de pousser malgré elle la médecine dans le domaine des sciences exactes, on prend la peine de considérer jusqu'à quel point elle s'y prête, on ne tarde pas à se convaincre que ses proportions l'en excluent, qu'elle ne confine ce domaine que par son côté le plus stérile, le *moins médical*, et que s'obstiner à lui imprimer une telle tendance, c'est reculer tout progrès grand et réel.

Sans plus de détours, le mal est celui-là : l'ignorance, la négligence des véritables sources du diagnostic, et ce mal est radical, son influence malheureuse, autant par ce qu'elle révèle de fausse route et de sophisme dans les principes, que par ce qu'elle enfante d'étroitesse et d'imperfectibilité dans l'application.

C'est pourquoi il me semble bon, dans la Revue d'aujourd'hui, qui ne peut encore être formée des cliniques de la nouvelle année scholaire, d'essayer quelques mots sur les élémens réels du diagnostic. Je ne quitterai pas pour cela le lit du malade et m'éclairerai de faits divers recueillis pendant le sémestre qui vient de s'écouler. Nos vacances ainsi ne seront pas perdues, et nous aurons dégrossi plusieurs questions de pathologie qui nous permettront de procéder dorénavant avec plus de clarté. L'application se fera alors immédiatement et sans que nous ayons sans cesse besoin d'embarrasser l'allure historique et simple de la clinique, d'idées générales et de digressions dogmatiques. La clinique les suppose établies; seulement à mesure que les faits se présentent elle rappelle les principes. Tels sont son caractère et ses avantages.

« Le médecin, dit encore le jeune et bien digne successeur de Barthez, ne doit s'appliquer qu'aux *sources réelles d'indication*; il ne doit considérer dans les maladies que les circonstances qui vont à éclairer la méthode de traitement. Toute autre circonstance, *quoique vraie en elle-même, n'est pas d'une vérité médicinale* et ne doit pas entrer dans le système des faits vraiment propres à cette science. » (*Op. cit.*)

Il s'agit de rependre les termes de cette proposition, d'en préciser le sens, de remonter aux observations dans lesquelles elle a pris sa source, et d'arriver à la déduire comme corollaire après l'avoir énoncée comme théorème.

S'il est un fait unanimement admis et proclamé dans l'Ecole de Paris, certes, c'est bien celui-ci; savoir: que depuis un quart de siècle environ, la médecine a immensément gagné du côté *du diagnostic*. On accorde volontiers que les progrès ont été moins sensibles sous d'autres rapports, et que ceux de la thérapeutique en particulier sont loin d'avoir suivi le même mouvement. Le ciel me garde de ne pas partager cette opinion par pur esprit de contradiction et de dénigrement. Il faut alors de toute nécessité que je n'attache pas au mot *diagnostic* le même sens que celui dans lequel on le renferme depuis quelque temps, ou bien que je lui en donne un plus étendu.

Je lui en donne un beaucoup plus étendu; et, sans dédaigner les élémens d'après lesquels on le forme presque exclusivement et qu'on regarde comme sa meilleure base, j'établis celle-ci sur l'observation de phénomènes plus essentiels, plus grands, plus simples et dont l'appréciation imprime au *diagnostic* un caractère plus vrai et surtout lui assure ce précieux résultat, de contenir l'indication thérapeutique.

Le diagnostic, c'est l'art de découvrir les sources, les indications thérapeutiques; et cette manière de comprendre le diagnostic est bien loin de celle qui le fait consister dans l'art de reconnaître les organes malades et le genre de modification (d'altération moléculaire) qu'a apporté la maladie dans leur texture; car il ne découle de cette connaissance que des indications fort secondaires et souvent il n'en découle aucune.

Que signifient donc ces façons de dire inconséquentes qu'on entend re-sasser à l'envi? — « Tel professeur excelle dans le diagnostic; quant à la thérapeutique, ce n'est pas son fort.

— C'est grand dommage que tel autre ignore le diagnostic, car il connaît bien la thérapeutique, etc., etc.

Ici évidemment on s'abuse, on méconnaît le caractère du véritable diagnostic.

Mais quel est ce diagnostic qu'on détache ainsi de l'indication thérapeutique et qui en paraît à tout le monde assez indépendant pour qu'il faille aller chercher celle-ci ailleurs ? C'est précisément le diagnostic ou plutôt la partie du diagnostic qui a reçu depuis vingt ans tant de développement, qu'on s'est absorbé en lui, et qu'on a fini par croire qu'en lui consiste la connaissance des maladies. Or, puisqu'on avoue sans peine que le perfectionnement des méthodes curatives n'a pas été en raison directe, tant s'en faut, des progrès de ce diagnostic, force est bien aussi de confesser qu'il a infiniment moins de valeur qu'on ne lui en accorde, qu'il n'est pas le véritable, l'essentiel ; car s'il l'était, on ne devrait pas se plaindre de l'état stationnaire (plusieurs disent même rétrograde) de la science des indications qui, dans cette supposition, aurait dû s'agrandir de toutes les découvertes d'un art auquel elle est identifiée. Il n'y a pas de milieu : en déclinant la faible portée thérapeutique d'un praticien, vous déclarez implicitement l'insuffisance de son diagnostic : « *Qui sufficit ad cognoscendum morbum, sufficit quoque ad curandum.* » (Hipp.) Cessez donc de vous étonner de ce que notre thérapeutique est si nulle.

Ceux qui exaltent avec tant de confiance la merveilleuse précision de leur diagnostic, paraissent persuadés qu'il remplit les conditions qui rendent cette opération complète et pleine de son résultat; car ils disent comme nous que le diagnostic contient l'indication thérapeutique; ils disent : quand le médecin a diagnostiqué, il peut se croiser les bras, pronostic et traitement s'ensuivent naturellement et d'eux-mêmes.

Un coup d'œil en arrière devrait pourtant bien leur apprendre que leur pratique est d'autant plus vicieuse et imparfaite que le principe qu'ils proclament avec nous est plus juste et plus inattaquable. Vraiment, conçoit-on qu'effrayés de ce flagrant délit, ils ne se repentent pas de leurs progrès et ne désertent pas une voie incapable de les conduire au but qu'ils ont su distinguer ?

Sans donner plus d'éclat et de force à cette grave accusation, portée par une trop longue expérience contre les idées que nous combattons, tâchons de montrer par des exemples et de rigoureuses interprétations des actes pathologiques de l'organisme, 1° que les principales sources du diagnostic ne sont pas où nous avons dit qu'on les plaçait ; 2° qu'elles sont ailleurs.

La recherche et la connaissance de l'organe malade et de son altération sensible ou non sensible étant déclarées les élémens fondamentaux du diagnostic, il doit invinciblement en résulter :

Qu'un organe altéré traduira toujours (sans exception) le dérangement survenu dans quelques unes de ses propriétés physiques (hypertrophie, atrophie, dégénérescence, production d'un tissu nouveau, etc., etc....) par un trouble de ses fonctions ou de celles de quelque autre organe ; en un mot, qu'une telle altération s'accompagnera toujours de symptômes, déterminera toujours un état de maladie. Si on ne peut garantir cette condition (et on ne le peut) contre les démentis formels de l'anatomie pathologique, il faut renoncer à donner au diagnostic une telle base. Comment, en effet, l'oserait-on, puisque cette base est, d'une part, susceptible de n'être pas *diagnostiquée*, et que d'un autre côté avec elle, *il* est possible qu'on ne soit pas malade ? Le diagnostic a pour objet la maladie, et celle-ci ne saurait exister sans symptômes; or, il y a des altérations organiques sans symptômes, donc des altérations organiques sans maladie. Voilà la pierre angulaire du diagnostic exposée à porter sur rien, puisqu'elle peut se rencontrer chez un homme bien portant. Où trouver des indications thérapeutiques chez un sujet de cette espèce ? Ces cas sont pourtant si communs que tout le monde a pu les constater après quelques mois d'observation dans les hôpitaux. Penser sainement, se mouvoir au moindre ordre de la volonté, sentir avec finesse et avoir le quart d'un hémisphère cérébral occupé par un vaste abcès ; jouir d'un bon appétit, digérer sans difficulté, sans douleur, etc., avec un estomac squirrheux, un pylore détruit par les ravages du cancer, un foie transformé en masses tuberculeuses ou carcinomateuses, etc..... Voir à l'amphithéâtre des phthisies pulmonaires (anatomiquement parlant) passées inaperçues pour le médecin et le malade, etc., etc., sont des faits rendus vulgaires par ceux-là même qui avaient intérêt à les dissimuler. « *Hæc vitia corporis*, dit Gaubius, *si læsionem actionis non intulerint, turpitudines potiùs aut deformitates quàm morbi dicantur.* »

Du principe posé plus haut, il doit résulter aussi, qu'après s'être livré à cette recherche et avoir acquis cette connaissance, la maladie sera diagnostiquée (toujours avec le sens que nous attachons à ce mot) au moins dans ce qu'elle a de plus important.

Cette conclusion et les suivantes surtout, qui n'en sont que la contre-partie, frappent au cœur la médecine pratique, et c'est pour cela qu'à des époques différentes, elles ont déjà soulevé la critique et l'amère réprobation des trois plus grands hommes de la médecine, qui sont Hippocrate, Galien et Stahl. Un seul mot devrait suffire pour renverser la prétention que nous venons d'énoncer ; c'est que les maladies n'ont pas de siége; pas plus que la vie dont elles ne sont que des modes. On confond toujours la maladie avec la portion de matière organisée qui vient à s'altérer sous son influence, sans voir que cette altération est si indifférente à la véritable nature de la maladie et à la découverte des indications thérapeutiques, qu'elle peut changer de lieu et de forme, celles-ci restant les mêmes, et *vice versâ* être identiques, bien que la maladie soit de caractère très opposé et réclame un traitement tout autre. Cette vérité ne saurait recevoir trop de développemens, que très souvent (on doit dire dans toutes les affections qui ne sont pas uniquement dues à des causes externes ou qui n'agissent pas à la manière de ces causes), l'organe malade étant déterminé et circonscrit avec la plus grande exactitude, la maladie peut rester ignorée, et avec

elle inévitablement les élémens réels d'indication; comme à leur tour, ces choses fondamentales sont nettement dépouillées par le praticien qui, sans grand dommage, n'a pas soupçonné le siége et la manière d'altération de l'organe compromis, quand toutefois cette circonstance existe. Il devient donc de plus en plus inadmissible qu'il faille asseoir le diagnostic sur un fait qui, connu autant qu'il peut l'être, laisse dans une entière ignorance touchant les intérêts les plus graves du médecin et du malade, un fait dont l'omission n'entraîne pas celle des méthodes curatives, applicables à l'affection dominante. C'est ce que Galien reprochait si vivement aux empiriques de son temps, car les noms seuls sont changés, et ceux que Galien appellerait encore aujourd'hui empiriques ont secoué sur leurs adversaires cette injurieuse dénomination : « *Atque ipsa pars quam nosti est-ne actionis ipsius causa? Nùm quid demùm ejus nosti? Situm, videlicet et magnitudinem et contextum et figuram? At nihil horum actionis est causa..... Nec curationis indicationem ex apparentibus symptomatis accipis, etc.* Toutes ces choses sont frappantes dans l'exemple suivant que j'emprunte à la clinique médicale de la Faculté, alors que pendant les vacances, M. Trousseau y était chargé du service de M. le professeur Rostan.

Une femme, d'environ quarante ans, avait une névralgie temporale. Certes, un diagnostic qui se borne là est bientôt établi : lésion de la sensibilité dans un rameau de la cinquième paire de nerfs. Mais était-ce là le diagnostic? En aucune façon; car il ne contenait pas l'indication thérapeutique; car, depuis six mois, tous les moyens directs connus pour apaiser ce genre de souffrance avaient été vainement épuisés. Le supplice de la malade se poursuivait sans relâche et s'aggravait encore par le fait de circonstances dont nous tiendrons compte dans un instant. Les choses en étaient à ce point, lorsque M. Trousseau prit le service. Il constata, je ne dirai pas une chlorose, mais un état anémique; plus, une névralgie temporale. Sans s'occuper de cet acte morbide secondaire, *qui pouvait disparaître ou se changer en un autre*, sans que la maladie disparût ou se modifiât; il vit la source de l'indication thérapeutique, et partant le diagnostic dans l'anémie. De là au traitement il n'y avait qu'un pas : le sous-carbonate de fer et un régime analeptique rendirent au sang sa crase normale. Quinze jours ne s'étaient pas écoulés que la malade avait quitté l'hôpital, libre de toute douleur.

A quoi servait ici de s'attacher à la partie malade, puisque cette connaissance ne conduisait à rien de bon? L'attention du médecin s'est abîmée dans la considération d'une circonstance qui, *quoique vraie en elle-même, n'était pas d'une vérité médicinale*; d'une circonstance qui, pendant le cours de la maladie, aurait pu vingt fois changer de nature et de place, et promener *le diagnostic* dans vingt parties de l'organisme, sans l'arrêter une seule fois sur la manière d'être, sur l'affection *mère*, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire sans qu'on eût diagnostiqué : *Nàm morbi dignotio et curatio pendent ex intellectione affectûs et non partis affectæ* (Gal.). Je ne veux pas me lasser de le répéter : si la partie affectée changeant de lieu et de forme, la maladie et les indications thérapeutiques peuvent rester absolument les mêmes; il est impossible que la recherche de cet élément soit la plus importante dans la formation *du diagnostic*, lequel n'est plus alors qu'un diagnostic de luxe, qu'un diagnostic d'autopsie; car la médecine, c'est-à-dire l'art de porter remède, n'en profite que fort indirectement et avec l'aide des élémens du véritable diagnostic : « *Quicumque enim respectu medico aditum non præbent ad inveniendà auxilia quæ illis respectibus quadrent, illi à medicâ theoriâ alieni, ad physicam tantum rejiciendi sunt.* » C'est un caractère de la vérité de paraître toujours neuve, et on croirait que ces paroles du célèbre Stahl ont été écrites de nos jours.

Le fait péremptoire que je viens de rapporter m'en suggère un autre plus saillant encore. C'est pour les médecins dont nous ne partageons pas les principes de diagnostic, une maladie bien différente; pour nous, elle est identique.

Une jeune fille de dix-neuf ans est traitée (1834) à l'hôpital de la Charité, pour une affection organique du cœur. En effet, la percussion montre que ce viscère occupe dans tous ses diamètres un espace double au moins de celui qu'il doit occuper; ses battemens sont perceptibles avec force dans tous les points de la poitrine en même temps que la région précordiale en est soulevée violemment et que s'entend un bruit de souffle des plus prononcés : dyspnée, bouffissure générale, rien n'y manque. Là s'arrête le diagnostic. Le pronostic est funeste; la thérapeutique palliative consiste en émissions sanguines.

Heureusement cet exact mais incomplet diagnostic n'était pas celui de la maladie. La malade entre plus tard à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 60, dans le service de MM. Récamier et Trousseau. La maladie du cœur est prise pour ce qu'elle vaut; l'attention n'est fixée que par une épouvantable chlorose : des préparations martiales à hautes doses sont administrées, et tous les jours on constate que le cœur rentre dans ses limites, que les signes sensibles et rationnels qui en annonçaient l'anévrisme disparaissent insensiblement; la jeune fille est guérie.

Ce fait, auquel j'en pourrais ajouter un second du même genre plus remarquable encore, ne doit pas nous rendre injustes jusqu'à déplorer les progrès signalés qui étendent tous les jours *la physique du corps humain*, mais j'oserais presque affirmer que de telles erreurs de diagnostic n'auraient pas été commises, alors qu'étaient peu connues les altérations organiques du cœur et leur séméiologie.

Non seulement le diagnostic ne se doit pas chercher dans l'organe altéré, parce que deux organes altérés différemment ne sont pas deux maladies différentes; mais aussi, comme je l'ai déjà fait sentir, parce que deux organes affectés semblablement peuvent appartenir à deux maladies très opposées, parce qu'il peut y avoir autant de distance entre deux hémorrhagies cérébrales ou deux pneumonies qu'entre une entorse et la goutte, pour me servir de la comparaison de Brown, et je m'en sers, parce que tout récemment il m'a été donné de juger combien elle est vraie. J'avais affaire chez une femme

à une articulation du pied, gonflée, douloureuse. La circonstance d'un faux pas, circonstance dont j'extorquai presque l'aveu à la malade, qui aimait aussi à y croire, dans la crainte d'un mal plus grave, me fit diagnostiquer *une entorse*. C'était la goutte..... J'avais puisé les raisons de mon diagnostic dans la partie affectée presque exclusivement, et je me trompais grossièrement; je les cherchai bientôt à leurs véritables sources, c'est-à-dire dans les maladies antécédentes, l'hérédité, le retour d'une ancienne gastralgie et de mille spasmes palliés par un traitement antérieur, retour succédant brusquement à la guérison de la prétendue entorse, sur laquelle j'avais fait appliquer des compresses d'eau très froide avec un liquide astringent, l'acétate de plomb; dans la cessation de ces accidens, par le rappel de la goutte au pied, à l'aide d'un sinapisme, aussi en me souvenant de ce que m'avaient appris Musgrave et Wyth, que chez les femmes le principe goutteux est souvent la cause cachée des maux de nerfs, enfin dans une foule de circonstances dont aucune n'avait sa raison dans l'articulation malade.

Depuis le règne du diagnostic organique, il s'est introduit dans la plupart de nos cliniques un vice, je dirai presque une manie bien fâcheuse c'est celle qui consiste à vouloir toujours renfermer son diagnostic dans un mot plus ou moins composé, lequel ne représente qu'un coin de la scène pathologique, mais par lequel on croit toute la représenter. Tant qu'on n'est pas arrivé à cette circonscription, on se trouve dans le vague, on renonce à connaître la maladie et à être utile au malade; on prononcerait presque qu'il n'y a pas maladie, et rigoureusement on le devrait; on se plaint de l'obscurité de ces sortes de cas pour en exalter d'autant plus l'avantage des lumières qu'ils ne peuvent offrir, etc., etc..... *Circumscribunt suum syndromen* (dit Galien, en faisant allusion aux chefs des empiriques, Erasistrate, Dioclès, Praxagore), *sic enim appellandum censent symptomatum congeriem quæ in affecto sunt loco.*

Mais il est des diagnostics impossibles à emprisonner ainsi dans un mot quelque long qu'il soit et dont la formule demande plus d'une page; il en est qui se refusent à une formule quelconque, ce qui n'empêche pas ces cas de présenter des indications très expresses et auxquelles la thérapeutique répond très puissamment; il est même certain que ces maladies sans matière, qui font le désespoir des organicistes, sont celles où l'art a le plus de pouvoir, parce que presque toutes sont à marche incalculable, échappent aux solutions naturelles, ne sont pas susceptibles de crises et exigent toujours l'intervention du médecin. Si on guérit mieux ces affections que celles où brille le diagnostic stérile des localisateurs, il faut donc moins se vanter de la perfection de ce dernier. Si je trouve dans la maladie qui vous paraît si énigmatique, parce qu'elle ne vous offre pas les élémens nécessaires pour *poser* un diagnostic bien arrondi, des indications qui, convenablement remplies, ramènent la santé, je me garderai bien d'envier la précision de ce diagnostic sans fruit, de ce diagnostic qui n'est rien, parce que la thérapeutique est tout et qu'il n'y mène pas. « *Quin imò, si quis prorsùs innominato morbo, tamen quæ ex usu ægrotantis sunt adhibeat remedia, non solùm hic nihil offendet, sed etiam bellissimè curabit.* » (Galien).

Le fatalisme et l'indifférence en matière de thérapeutique, fléaux de notre époque, contre lesquels s'est exhalé en termes si énergiques et si vrais l'illustre auteur de l'*Examen des doctrines*, n'ont pas d'autre source que le vice que je viens de signaler.

Une femme de trente-trois ans, habituellement assez bien portante, sauf quelques maux de tête, éprouve subitement, le 2 juillet dernier, après un violent accès de colère, du mal de gorge et de la dysphagie, bientôt de la fièvre et des vomissemens. Le 4, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Chomel. Le lendemain, délire considérable, expansif, jactitation incessante, opisthotonos du col, yeux hagards, crampe des doigts et des orteils, pupilles non dilatées, peau et sueur froides, pouls à cent cinquante par minute. La dysphagie et les spasmes de l'œsophage ont augmenté et les boissons sont énergiquement expulsées lorsqu'elles touchent le pharynx. Jamais il n'y a eu de céphalalgie. Plusieurs saignées avaient été pratiquées en ville, des sangsues appliquées. On prescrit des sinapismes aux extrémités, puis des frictions mercurielles sur le synciput.

Une méningite est diagnostiquée principalement par voie d'exclusion. Les symptômes cérébraux observés ne pouvant se rattacher qu'à une fièvre typhoïde qui n'existait pas, qu'à une inflammation de quelque tissu réagissant sur l'encéphale, et le léger mal de gorge en était incapable, ou à une méningite; celle-ci fut annoncée *faute d'autre chose*. L'autopsie fut faite le surlendemain: le cerveau et ses enveloppes étaient dans l'état le plus sain.

Sans rechercher ici si la forme de la maladie était bien celle d'une méningite, chose fort contestable, le diagnostic n'avait-il pas des motifs ailleurs? Ne voit-on donc jamais des maladies nerveuses pleines d'indications thérapeutiques, simuler les lésions organiques du cerveau les plus variées? Et quel diagnostic n'est-ce pas que celui où tout simplement on arrive à dire que telle affection est un pur trouble de l'innervation, et que conséquemment il est possible de le faire cesser par quelque puissant modificateur de cet acte? Quand on pense qu'une seule affusion froide, quelques grains de poudre de valériane, un peu de quinquina, etc., etc..., *pouvaient* ici conjurer la mort, tandis qu'après avoir prononcé le mot *méningite*, il n'y avait plus qu'à attendre l'autopsie, on serait tenté de regretter l'ignorance anatomique des anciens observateurs!

C'est la quatrième fois que je vois ce mot *méningite* traîner après lui le fatalisme, l'indifférence thérapeutique et peut-être la mort! Dans le cas que je viens de rapporter, le sexe, l'absence de céphalalgie, la forme expansive et très bruyante du délire, les spasmes violens de l'œsophage, la conservation des mouvemens plutôt exagérés et rapprochés de la jactitation hystérique que de la torpeur et de la paralysie; mais surtout la considération de la cause (accès

de colère), me paraissent constituer les bases sur lesquelles on aurait dû asseoir le diagnostic. Je trouve dans Stoll un cas qui, sous ce dernier rapport, celui de la cause, et aussi sous celui de la terminaison funeste sans lésion organique, mérite d'être mis à côté : « *Puella* ob negatam ab herâ mercedem *irascitur*. Mox *phrenitica* fit, *frequenter* convellitur; perit die quartâ. Cadaver sedulò perquisitum nil prorsùs alieni ostendit. »

Nous sommes loin d'avoir examiné même la moitié des preuves que nous avons à donner pour démontrer que les élémens principaux du diagnostic ne résident pas dans l'organe malade et son mode d'altération. Après cet examen, il nous restera encore à poser quelques principes servant à indiquer où il faut puiser ces élémens *qui vont à éclairer la méthode de traitement*, puis à assigner leur rang à ceux que nous aurons fait voir n'être que secondaires. Cette tâche ne peut être remplie dans ce numéro, à cause des bornes qui nous sont prescrites. Dans un prochain article, indépendant de nos revues cliniques proprement dites, nous reprendrons le sujet que notre critique d'aujourd'hui n'a fait qu'attaquer, et dans lequel il est indispensable non seulement de signaler la fausse route, mais plus encore, de faire des efforts pour retrouver la bonne.

H. Pidoux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Alger, 15 août 1835.

J'ai pensé, Monsieur, après la lecture que j'ai faite d'un article sur l'épidémie de Bougie, dans l'un de vos derniers numéros, qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de vous communiquer le résumé du rapport médical que j'ai adressé au conseil de santé, accompagné de quelques réflexions sur la nature de cette épidémie. Si vous accordez quelque mérite à la rédaction de cet opuscule, et que vous ne le trouviez pas trop long pour être inséré dans vos colonnes, je vous prie de vouloir bien le faire connaître et m'accuser réception du manuscrit que je me fais le plaisir de vous adresser.

J'ai l'honneur d'être avec une parfaite considération,

Monsieur le docteur,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

Pagès.

RÉSUMÉ D'UN RAPPORT MÉDICAL SUR LA MALADIE ÉPIDÉMIQUE DE BOUGIE PENDANT L'ANNÉE 1834.

On a beaucoup et diversement parlé jusqu'à ce jour des fièvres de Bone et de Bougie, et l'on s'est accordé à leur trouver la plus grande analogie, cela est vrai, comme avec toutes celles de la régence en général, et je dirai même toutes les fièvres intermittentes, quelles qu'elles soient, sous le rapport de leur nature miasmatique. c'est en effet, d'après nos connaissances modernes, l'opinion le plus généralement admise, que partout où se trouvent des marais, il y a des fièvres intermittentes. Cette remarque est même fondée sur une expérience des siècles les plus reculés, puisque Hippocrate, l'un des premiers, a reconnu cette vérité et l'a mentionnée dans ses ouvrages. Mais de toutes ces fièvres, dont l'origine est avérée la même, il n'en est peut-être pas une qui ne porte avec elle, suivant les différentes contrées où on l'examine, le même caractère. Elles offrent ici, par exemple, des nuances et des types qui sont propres aux localités où elles se développent, et des particularités que je vais tâcher de signaler d'une manière aussi complète que me le permettra cet article. Voilà en somme l'exposé ou le résultat des remarques que j'ai faites sur les phénomènes les plus caractéristiques de ces fièvres et le résumé des observations que j'ai consignées dans mon rapport trimestriel, temps pendant lequel j'ai été chargé du service médical à Bougie. Cette ville se trouve, ainsi que Bone, bâtie en amphithéâtre au fond d'une baie, au dessus d'une colline qui abrite une plaine située en arrière d'elle, vers le sud-est. Cette plaine, d'une assez grande étendue, mais inculte, est traversée par différens ruisseaux, provenant des montagnes voisines; leur cours est souvent arrêté avant qu'ils parviennent jusqu'à la mer, et forme autant de lagunes où croissent une grande quantité de plantes, dont la végétation annonce assez la nature marécageuse. De là une forte présomption que la plupart des fièvres intermittentes qui se sont développées jusqu'ici ont trouvé dans ces sortes d'effluves les principaux germes de leur existence. Mais je suis également très porté à croire que beaucoup d'entre elles sont dues à une influence occulte qui doit résider dans quelques principes de l'air ou des émanations délétères, provenant des différens lieux habités de cette contrée, que nous ne pouvons apprécier. Ce soupçon semblerait être confirmé par l'existence des fièvres essentiellement permittentes qui se sont développées sur tous les points extrêmes de la plaine.

On peut remarquer dans l'invasion des fièvres endémiques pernicieuses, à l'époque de leur plus grand développement, trois périodes distinctes, qui sont : 1° celle d'incubation qui se manifeste souvent par des symptômes qui simulent ceux ordinaires à certains cas d'empoisonnement; elle est sans contredit la plus embarrassante pour le médecin, surtout lorsqu'il a affaire à un malade qui est sous l'influence de cette incubation depuis plusieurs heures, et qu'il n'a pu obtenir aucun renseignement sur son état; 2° les symptômes pathognomoniques, ou ceux qui dessinent l'affection d'une manière fort distincte, et dont les principaux sont un état comateux qui se prolonge plus ou moins long-temps avec un pouls quelquefois large et plein, intermittent, serré, convulsif, douleur dans les membres, abolition des facultés, et souvent agitation de tout le corps; la langue se conserve le plus souvent rouge, symptôme particulier et tout à fait remarquable des autres affections cérébrales, comateuses et adynamiques, ou elle est ordinairement noirâtre et

MOUVEMENT GÉNÉRAL DE L'HOPITAL MILITAIRE DE BOUGIE PENDANT L'ANNÉE 1854.

DÉSIGNATION des mois.	NOMBRE DE MALADES. RESTANT le 1er du mois.		ENTRÉS PAR billet.		ENTRÉS PAR évacuation.		SORTIS PAR billet.		SORTIS PAR évacuation.		RESTANT A LA FIN morts.		RESTANT A LA FIN du mois.		RÉCAPITULATION par GENRE DE MALADIE.					NOMBRE de journées PAR MOIS.
	Offic.	Sold.	Offic.	Sold.	Offic.	Sold.	Offic.	Sold.	Offic.	Sold.	Offic.	Sold.	Offic.	Sold.	fiévr.	bless.	vénér.	galeux	TOTAL	
Janvier . . .	4	49	1	109	»	»	2	93	»	»	»	3	1	62	24	36	3	»	63	1947
Février . . .	1	62	3	125	»	»	3	108	»	8	»	3	1	58	39	20	»	»	59	2005
Mars.	1	58	4	126	»	»	2	106	»	»	1	3	2	75	42	34	1	»	77	2275
Avril.	2	75	1	131	»	»	»	105	»	»	»	14	2	87	57	30	2	»	89	2489
Mai	2	87	3	120	»	»	3	109	»	8	1	1	1	89	64	26	»	»	90	2798
Juin	1	89	2	175	»	»	1	140	»	»	»	5	2	119	85	34	2	»	121	2896
Juillet	2	119	1	565	»	»	3	270	»	77	»	38	»	299	277	20	0	»	299	6861
Août	»	299	1	748	»	»	»	579	»	40	»	54	1	374	355	20	»	»	375	10574
Septembre. .	1	374	8	676	»	»	4	292	»	333	»	88	5	339	322	22	»	»	344	11019
Octobre . . .	5	339	8	574	»	64	6	407	2	95	1	91	4	384	361	26	1	»	388	12163
Novembre . .	4	384	7	469	»	2	5	298	5	134	»	83	1	340	308	32	1	»	341	10756
Décembre . .	1	340	5	433	»	»	3	346	2	116	»	56	1	255	202	53	1	»	256	9802
	24	2275	44	4253	»	66	32	2863	12	811	3	439	21	2481	2136	354	12	»	2502	75585
	2299		4297		66		2895		823		442		2502		2502					
	6662						6662													

fuligineuse; la troisième, ou celle de terminaison, s'annonce par la disparition des symptômes les plus graves et prépare le malade à la convalescence.

Telle est la manière dont les choses se passent dans les cas ordinaires; mais lorsque l'individu n'a pu être secouru à temps, ou que la maladie résiste à l'action des remèdes, les symptômes continuent à s'aggraver, et la mort s'ensuit après quelques jours d'une agonie plus ou moins forte.

Le temps où la maladie paraît revêtir son caractère épidémique, commence vers la mi-juillet, époque où le soleil entre dans toute sa force, et se prolonge jusqu'à la mi-septembre; toutefois, cette époque varie suivant l'inconstance des phénomènes météorologiques. Elle a commencé, en 1834, à la fin de juillet, et s'est manifestée indistinctement sur tous les points de la ville et ses environs. On ne peut disconvenir qu'elle n'ait une action bien plus grande dans le lieu appelé Camp-Retranché inférieur, où presque tous les officiers de santé de l'hôpital, que leur service appelait à donner des soins aux malades placés dans cet endroit, ont été pris eux-mêmes de la maladie, aussi bien qu'une partie des hommes qui composaient l'équipage du brick stationnaire, lequel se trouvait alors mouillé presqu'en face de la plaine, dix-huit sur cinquante à soixante, tant officiers que matelots.

Cependant, pourquoi d'un côté les hommes qui étaient commis à la garde du fort appelé Gourraya, lequel est à près de trois cents toises au dessus du niveau de la mer, ont-ils été également atteints de fièvres, offrant tous les symptômes des pernicieuses algides? Pourquoi encore l'épidémie a-t-elle semblé prendre un caractère décisif à l'arrivée du régiment venant de Bône (le 59e), où déjà plusieurs avaient payé dans cette ville le tribut d'une maladie tout à fait analogue à celle dont nous nous entretenons, s'il n'y avait quelque chose de plus que les émanations marécageuses? Je pense que l'électricité, dont je ne sache pas que personne ait parlé, n'est pas étrangère à tous ces phénomènes, et doit y jouer un assez puissant rôle.

On peut, indépendamment de l'époque d'invasion que j'ai signalée, en considérer une seconde, qui s'annonce à l'arrière-saison par des recrudescences ou rechutes, provenant, les unes des excès auxquels les militaires ont la funeste habitude de se livrer aussitôt leur sortie de l'hôpital, et lorsque leur convalescence est à peine assurée; les autres, de ce que quelques soldats reprennent leur service beaucoup trop tôt (sans compter les travaux auxquels ils sont souvent exposés à la plus grande chaleur du jour), retombent malades une deuxième, troisième, quatrième et jusqu'à une septième et huitième fois. La première de ces époques fut le signal de l'épidémie; je m'exprime ainsi parce que la maladie fit des progrès si rapides, qu'en moins de quinze jours, la moitié de la garnison fut envahie par la fièvre, et l'hôpital ne pouvait déjà plus contenir les malades qui arrivaient en grand nombre; en sorte qu'on fut obligé de les mettre hâtivement dans des baraques réservées jusque-là à la légion étrangère, lesquelles baraques étaient sous l'influence indirecte, il est vrai, mais permanente des émanations de la plaine; il arriva même un moment où l'épidémie parut prendre un caractère d'intensité tel, qu'on fut obligé d'avoir recours à de nombreuses évacuations, pour sauver au moins tous les malades qui étaient dans la catégorie de pouvoir l'être et susceptibles de quelques chances de guérison, et en même temps pour désencombrer l'hôpital. Nous fûmes aussi témoins, dans cette circonstance, du grand nombre de fois que le médicament héroïque échoua sur les individus les mieux étoffés et qui paraissaient être dans les conditions les plus favorables. Les accès se rapprochaient tellement chez les uns, ou se montraient à un degré si grave chez d'autres, que la crise se terminait souvent de la manière la plus critique. Je suis bien aise d'insister sur cette dernière circonstance, afin de désabuser les très jeunes praticiens ou ceux qui ne connaissant pas encore toute la portée de ce médicament, et qui, trop confiant dans les propriétés anti-toxiques, l'administreraient à si haute dose, qu'il ne pourrait pas manquer de déterminer des accidens consécutifs, s'il ne provoquait à l'instant même de son administration des inflammations de la part des systèmes circulatoire, glandulaire ou nerveux. J'ai cru remarquer que les individus qui en avaient pris outre mesure ou hors les cas absolument indiqués, offraient des résultats pareils à ceux que déterminaient autrefois la quinine en poudre, c'est-à-dire des engorgemens viscéraux, l'hydropisie et une énervation qui les expose plus que toute autre chose à des rechutes continuelles. Cet état est encore beaucoup plus sérieux chez les individus faciles à se démoraliser ou atteints de nostalgie, ainsi que nous en avons eu tant d'exemples.

Le traitement qui m'a paru le plus favorable et duquel j'ai constamment obtenu les meilleurs effets, a été, dans les accès franchement pernicieux et toutes les fois que la méthode antiphlogistique m'a paru insuffisante ou contre indiquée, l'administration du sulfate de quinine à la dose de cinquante à soixante et quelquefois cent grains; cette dernière dans des cas fort rares, il est vrai, moitié par les voies gastriques et intestinales, associée à quelques grains d'opium. Si le malade ne se relève pas dès les premiers accès aux prescriptions que je viens d'indiquer, je crois que tout le sulfate de quinine qu'on pourrait lui faire prendre ensuite, ne serait qu'à pure perte et plutôt nuisible qu'utile. Je sais que plusieurs médecins de l'armée d'Alger ont donné, pendant le cours de pareilles fièvres, jusqu'à deux gros et plus de sulfate de quinine; mais je dois dire, avant tout, ce que j'ai vu : peut-être cette différence de résultats s'expliquera-t-elle par la différence des sujets.

Néanmoins, la méthode que j'annonce pour être perturbatrice et incendiaire toutes les fois qu'on l'applique intempestivement et sans réflexions, nous a été d'un grand secours dans un bon nombre de cas, et dans les différentes épreuves que nous avons été à même de faire au plus fort de l'épidémie. Il ne sera donc pas sans intérêt de s'assurer si l'application de ce

même traitement n'aura pas encore un succès plus complet l'année prochaine, sur des sujets neufs et en partie acclimatés, que sur des sujets déjà usés par les excès et la maladie, et sans aucune espèce de réaction possible.

Mouvement de l'hôpital militaire de Bougie pendant les trois plus forts mois de l'épidémie:

Entrés par billets	2122
Evacués	450
Morts	180
Sortis par billets	1148

—

A MM. les Rédacteurs du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Messieurs,

Je viens de lire les procès-verbaux des séances tenues par les médecins de Nantes, pour discuter la valeur des doctrines nouvelles, relativement à la nature et au traitement de la syphilis, et je m'aperçois que M. le docteur Leborgne, trompé par les assertions de M. Lepelletier (du Mans), pense : « Qu'il faut recevoir avec réserve les statistiques de guérison « des maladies vénériennes, par les simples « antiphlogistiques, que des médecins attachés « à des hôpitaux militaires ont lancées dans le « monde médical; puisque des malades qu'ils « avaient notés comme parfaitement guéris sont « venus se faire traiter dans les hôpitaux civils, « pour des accidens consécutifs. »

Sans doute M. Leborgne a pu croire M. Lepelletier (du Mans), qui, dans le sein de l'Académie, a dit : « Lorsque j'étais chirurgien en « chef de l'hôpital du Mans, j'y recevais un « grand nombre de militaires atteints de symptômes primitifs de vérole : *tous étaient traités et guéris par le mercure. Nous n'en vîmes « rentrer aucun à l'hôpital pour cause de récidive.* Quelquefois nous avions du trop plein, « et nous versions alors notre excédant sur « l'hôpital militaire de Rennes, où le traitement sans mercure était en vigueur, et quand « les malades ainsi traités avaient eu des symptômes *réellement syphilitiques, ils nous revenaient fréquemment avec une syphilis constitutionnelle : il en est rentré peut être « quatre-vingts*, pour cette cause, à l'hôpital « du Mans. »

Comme chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rennes, il m'appartient de prouver au docteur Leborgne, qu'il a été trompé, et de répondre à l'accusation peu réfléchie que M. Lepelletier (du Mans) a portée contre le docteur Rapatel, mon adjoint et contre moi.

J'ai moi-même vérifié nos cahiers de visite ; j'ai consulté avec soin le registre sur lequel nous inscrivons les observations des vénériens qui ont été traités à l'hôpital militaire de Rennes, depuis 1826. M. le docteur Ducreux, chirurgien, aide-major au 10e dragons, a bien voulu m'envoyer l'extrait des registres de l'hôpital du Mans, et plus, dans l'intérêt de la science, que dans le mien propre, je dois déclarer *que l'assertion de M. Lepelletier* (du Mans) *est fausse ; j'en ai les preuves en main.*

Si M. Lepelletier (du Mans) ne se contente pas de cette dénégation, je publierai les tableaux des récidives observées au Mans et à Rennes, et provenant des traitemens faits dans l'un et dans l'autre hôpital, et je ferai voir à l'Académie de médecine, à la Société de médecine de Nantes, au docteur Leborgne lui-même, qu'avant d'ajouter foi aux assertions de M. Lepelletier (du Mans), il est nécessaire de lui en demander les preuves. Il nous serait facile alors de faire retourner l'accusation à sa source.

Si M. Lepelletier (du Mans) ne répond pas, les preuves que j'ai en main seront insérées dans un Traité de maladies vénériennes, que mon frère, de Paris, va publier; elles montreront au monde médical, si c'est du côté de M. Lepelletier (du Mans), ou du mien, que se trouvent l'exactitude, la vérité et la bonne foi.

Rennes, le 25 octobre 1835.

J'ai l'honneur d'être, MM. les Rédacteurs, avec une considération très distinguée,

Votre très humble serviteur,

DESRUELLES.

—

OPTHALMIE CONTAGIEUSE.

Dans ces temps de controverse sur la contagion en général, tout ce qui peut éclairer cette grande discussion me paraît offrir de l'intérêt; voilà pourquoi, Monsieur, je vous adresse l'observation suivante :

N° 7, rue Pigale, dans une grande salle basse, habite une famille pauvre et nombreuse.

J'ai été appelé, il y a dix jours, pour y voir un enfant de trois ans, atteint d'une ophtalmie sur-aiguë avec gonflement des conjonctives palpébrales et oculaires, accompagnée d'exsudation purulente.

Trois jours après, son frère, âgé de cinq ans, qui n'avait pas cessé de coucher avec lui, fut atteint du même mal, offrant les mêmes caractères.

Quelques jours après, la mère fut elle-même atteinte du même mal; elle allaite un enfant qui a six mois; jusqu'alors il avait été préservé, mais quatre jours après l'invasion de la maladie chez sa mère, il fut lui-même atteint.

La pauvre femme, ne pouvant plus suffire à tous les soins qu'exigeaient ses enfans, fait venir sa mère, et quarante-huit heures après son arrivée, la même maladie se déclare chez elle.

Il ne me paraît pas possible de croire ici à une endémie circonscrite dans cette petite localité: cette famille habite depuis dix-huit mois cette chambre, et rien n'y a été changé.

Le chef de la famille, qui est un postillon, et qui habite cette chambre, mais qui ne s'occupe pas de ses enfans, n'a pas été atteint; tandis qu'au contraire, la grand-mère qui ne couche pas dans la chambre, mais qui soigne les enfans, a été infectée.

Il n'est pas possible non plus d'admettre une épidémie: deux autres familles habitent dans des chambres à côté, et n'ont point été atteintes.

Nous voyons, au contraire, la contagion s'établir d'un premier enfant à son frère qui couche avec lui, de ceux-ci à leur mère; celle-là la donner à l'enfant qu'elle allaite, resté intact

jusqu'à l'instant où devient malade la seule personne qui le touche. Une cinquième personne être prise aussitôt qu'elle soigne les malades, et la seule qui reste saine, est celle qui, habitant au milieu d'eux, ne les touche point, parce que ses goûts ou ses devoirs l'en empêchent.

Paris, 4 août 1835.

AL. LEBRETON.

—

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le numéro de novembre 1835 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, vous donnez à l'article *Gazette médicale de Paris*, l'analyse d'un mémoire sur le choléra, de M. le docteur Robert, de Marseille. Ce médecin paraît avoir employé avec succès les frictions mercurielles à haute dose contre l'épidémie, et il ajoute qu'il n'y a eu aucun cas de choléra à l'hôpital des Vénériens de Marseille, d'où il résulte que cette remarque doit être favorable à une méthode pour laquelle il sollicite de nouvelles et consciencieuses expériences.

C'est pour me conformer au vœu de M. le docteur Robert, de Marseille, que je viens vous déclarer qu'à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris, non seulement le choléra a fait de grands ravages dans les salles des vénériens, mais encore que c'est parmi eux qu'on a remarqué la première victime. L'épidémie sévissait tellement dans la division des vénériens confiés à mes soins, au commencement d'avril 1832, que j'ai cru rationnel de suspendre toute médication mercurielle, afin de ménager autant que possible la susceptibilité de la muqueuse gastro-intestinale.

Veuillez, Monsieur et très honoré confrère, faire l'usage que vous jugerez convenable de ma déclaration, afin qu'elle puisse tourner au profit de la science, et croire aux sentimens d'estime et de considération de votre tout dévoué confrère,

PABAN, D.-M.

Paris, le 16 novembre 1835.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ DE CHIRURGIE, *par* M. J. CHELIUS, *professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg, traduit de l'allemand, par* J. B. Pigné, *interne des hôpitaux civils de Paris; 2 vol. in-8°, traduit sur la 4e édition* (1).

Les écrivains allemands, disséminés dans des universités nombreuses, ne sont pas incessamment ballottés par le choc des intérêts publics et particuliers; presque tous versés dans la connaissance des langues européennes, et doués d'un génie patient et laborieux, pour ainsi dire passé en proverbe, ils vont puiser à toutes les sources, leurs ouvrages sont des trésors d'érudition. Quelques uns, il est vrai, ont en ce genre dépassé les bornes de l'utile; mais qu'on lise l'ouvrage de Chelius, et l'on verra si aux qualités qui font le caractère national de son pays, il n'a pas joint le jugement le plus sûr et la sagacité la plus exercée. Aussi, si l'écrivain y trouve de nombreux documens jusqu'alors inconnus pour lui, et une bibliographie nombreuse exacte et surtout bien choisie, le praticien auquel ses occupations ne permettent pas de feuilleter des ouvrages volumineux, y rencontrera, dans un court espace, la description d'une foule de procédés curatifs, dont la plupart sont complétement ignorés en France et les autres souvent mal indiqués. Il y trouvera aussi une appréciation judicieuse de la valeur de chacun d'eux, car la manière d'écrire adoptée par l'auteur lui a permis de décrire le traitement de chaque maladie avec des détails, qu'on serait loin de s'attendre à trouver dans un ouvrage aussi court. Mais, « c'est surtout pour le candidat à un concours de chirurgie, quel qu'il soit, que cet ouvrage est précieux; il y trouvera une analyse complète, exacte, impartiale de tous les travaux dignes de quelque attention qui, dans les temps anciens et modernes ont signalé la marche et les progrès de la chirurgie française et de la chirurgie étrangère (Prospect. du traduct.), » et dans ce siècle où l'art de parler ne menace que trop de l'emporter sur l'art de faire, où dire beaucoup d'inutilités *dans un temps donné* vaut souvent mieux que dire de bonnes choses mais en petit nombre, il serait heureux qu'on nous donnât un modèle, dont la concision nous apprît à dire beaucoup et à le dire bien.

Chelius, dans une introduction courte et rapide, énumère d'abord les qualités que doit avoir le chirurgien et les connaissances dont il doit être pourvu; puis, il expose la division qu'il a adoptée. Il établit sept classes, dans chacune desquelles il groupe les maladies qui ont le plus de ressemblance par leur nature ou leur cause. Ce sont : 1° les inflammations; 2° les défauts de rapports; 3° les adhérences anormales; 4° les corps étrangers; 5° les dégénérescences; 6° les pertes de parties; 7° les parties surnuméraires. Un huitième chapitre contient la médecine opératoire. Cet ordre est certainement méthodique; mais nous préférerions l'ordre anatomique, où les maladies d'un même organe se trouvent à côté les unes des autres; il nous semble que ce rapprochement rend leur diagnostic plus facile : et de plus qui ne sait que certains symptômes, quoique pouvant résulter d'une foule de causes différentes, causent cependant des dérangemens toujours identiques, susceptibles d'être décrits et traités de la même manière? En suivant l'ordre dont je parle, non seulement on évitera des répétitions, mais il sera encore bien plus facile de faire ressortir les analogies et les différences.

(1) Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*.

On ferait précéder cette pathologie spéciale des grandes généralités sur l'inflammation, les dégénérescences, etc.

La première livraison comprend l'inflammation en général et considérée dans les divers organes, et les plaies en général.

La première partie, bien que se prêtant moins que beaucoup d'autres au génie particulier de l'auteur, a cependant été traitée avec une lucidité remarquable. Rien n'y a été oublié, jusqu'à une exposition, aussi complète qu'on peut le désirer, des caractères chimiques, des produits de l'inflammation. La marche, la terminaison, telles que la suppuration, l'ulcération, la gangrène et ses variétés, l'induration, etc., y sont parfaitement décrites. Dans une courte digression, l'auteur combat l'opinion de Bainl et de Rust, qui regardent comme résultant d'une déchirure des vaisseaux lymphatiques ou d'une dilatation anormale de leurs parois, certaines collections qui ne sont autre chose que des abcès qui, à cause de la langueur des forces vitales, ne sécrètent qu'un pus sans consistance, séreux et presque incolore. Il ne nie cependant pas la possibilité de tumeurs lymphatiques, proprement dites, à la suite de violences extérieures; il en rapporte même un exemple de Nasse et un autre qui lui est propre, mais il les regarde comme extrêmement rares.

C'est dans le traitement de l'inflammation et des accidens qu'elle amène, que l'auteur fait voir toute la justesse de son esprit. Il ne se borne pas, comme on ne le fait que trop généralement parmi nous, à prescrire des émissions sanguines, l'application du froid, du chaud sec et humide, de pommades, d'emplâtres, d'astringens, de moyens anodins et dérivatifs; mais il précise les cas où ces médications conviennent, et rien n'est plus judicieux que ces préceptes, de plus clairement exposé que ces indications.

Vient ensuite l'érysipèle, où nous n'avons rien à noter qu'une exactitude parfaite. La description de la brûlure était fort incomplète; l'auteur auquel, comme on le verra dans le courant de l'ouvrage, les idées de Dupuytren sont plus familières qu'à la plupart des écrivains français, avait complétement omis celles de notre grand chirurgien sur ce sujet. Le traducteur, dans ses notes, a heureusement comblé cette lacune. Le traitement de la congélation est exposé avec un luxe de détails qui fait reconnaître le vrai praticien. Le furoncle, suivant Chelius, a son siége dans les glandes sébacées de la peau. Cette opinion est contraire à celle de la plupart de nos chirurgiens, qui le regardent avec beaucoup plus de raison comme une inflammation des pelotons graisseux logés dans les aréoles qui existent à la surface interne du derme. Je ne ferai que signaler l'inflammation des mamelles. Quant à celle de l'urètre, l'auteur cherche à distinguer celle qui est simple de celle qui est due à une infection particulière. Puis, après avoir posé les bases d'un traitement général, tel que saignées, dérivatifs, etc.; après avoir dit quels sont les cas où on doit avoir recours aux narcotiques, aux toniques, aux astringens, il passe à un mode de traitement que quelques praticiens regardent comme le remède le plus efficace; je veux parler du *cubèbe*, sur lequel il partage complétement les idées de Delpech; aussi décrit-il avec détail ses effets, la manière de l'administrer. On est tenté de croire, d'après les résultats qu'il en a obtenus, que si le cubèbe a échoué entre les mains de beaucoup de médecins, c'est uniquement parce qu'il a été mal administré. La description de l'orchite est un peu incomplète. Ce que nous regrettons surtout c'est de ne pas y trouver le diagnostic d'une si haute importance pour le malade et même pour le médecin. Il est probable que l'article sarcocèle ne nous laissera rien à désirer sous ce rapport. Les diverses sortes de panaris sont très bien décrites, et l'on découvrira déjà au traitement de cette maladie, cette richesse d'érudition et cette justesse de vues qui se feront si bien remarquer dans le reste de cet ouvrage. Viennent enfin les inflammations des muscles, puis celles des articulations. L'auteur ne partage pas l'opinion de ceux qui regardent tel ou tel élément des articulations, comme l'endroit unique où débute l'inflammation; il pense que tous les tissus peuvent en être le siége, même les cartilages, et il combat l'opinion de M. Gendron. Après des généralités sur ces inflammations, il passe successivement en revue celle de la hanche, de l'épaule, du genou, des vertèbres. Nous n'avons d'autres reproches à lui adresser que celui d'avoir oublié la compression que la plupart des chirurgiens emploient avec beaucoup de succès dans les inflammations chroniques du genou.

Je ne dirai rien de l'article *plaies en général*, qui ne se trouve pas en entier dans cette livraison. Ce qui s'y trouve ne mérite que des éloges et quelques additions de M. Pigné, tirées surtout des leçons de Dupuytren, ne font qu'augmenter l'intérêt qu'on y trouve.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à dire quelques mots sur la traduction. M. Pigné a séjourné long-temps en Allemagne, au sein même de l'Université de Heidelberg, où il fut honoré par Chelius d'une amitié particulière. Tout par conséquent lui impose l'obligation de donner à cet ouvrage les soins qu'il mérite. D'ailleurs, nous sommes à même d'apprécier la netteté et souvent même l'élégance de son style; ces qualités doivent être pour nous des garans de son exactitude. Ajoutons que la typographie est très soignée, que les caractères adoptés joignant à l'avantage d'être très lisibles, celui d'occuper le moins d'espace possible, ont permis de donner cet ouvrage pour la moitié du prix que l'original coûte en Allemagne, malgré les nombreuses et utiles additions qu'il renferme; qu'en un mot tout fait voir que ce n'est qu'une œuvre de reconnaissance pour l'auteur et d'amour pour la chirurgie française.

L.-A. M.

—

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, *avec un atlas in-4°, 2e édition, par* P. RAYER.

Avant de commencer l'analyse du livre de M. Rayer, il est juste d'adresser à l'éditeur, M. J.-B. Baillière, les remercîmens qu'il mé-

rite, pour le soin qu'il a apporté à l'exécution de la plupart de ses ouvrages. On ne saurait trop louer les efforts d'un libraire qui, tout en travaillant dans son propre intérêt, met tous ses soins à ce que les auteurs ne soient pas défigurés par les mains qui doivent concourir à la mise au jour de leur œuvre. Jusqu'ici, les ouvrages accompagnés de planches, et surtout de planches coloriées, étaient, en général, ou très mal exécutés ou d'un prix exorbitant, et quelquefois même ils réunissaient ces deux défauts; celui-ci, d'un prix raisonnable, est, quant à la gravure et au coloriage, l'un des plus parfaits que nous ayons en ce genre. Faisons des vœux pour que MM. les libraires, suivant la route qui leur est tracée, comprennent enfin qu'il est de leur intérêt autant que du nôtre, de donner les ouvrages aussi beaux et à aussi bon marché que possible.

—

Dans une introduction pleine d'une excellente érudition, M. Rayer donne un aperçu rapide de l'histoire des connaissances médicales relatives aux maladies de la peau, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Ce petit historique est plein de remarques judicieuses et de rapprochemens ingénieux des opinions des divers auteurs qui se sont succédé.

Avant d'entrer dans l'histoire de chacune des maladies qui peuvent attaquer l'enveloppe extérieure du corps humain, M. Rayer, se livre à des considérations générales sur les caractères, les symptômes, l'anatomie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces maladies. Cette partie importante de l'ouvrage résume les connaissances actuelles sur cette branche de la médecine et indique les vues particulières à l'auteur sur divers points plus ou moins contestés. Les développemens qui s'y trouvent offrent ce grand avantage de pouvoir exposer ensuite beaucoup plus brièvement l'histoire de chaque maladie, sans être obligé de répéter des choses qu'on vient d'étudier.

Les causes des maladies cutanées sont judicieusement distinguées, suivant nous, en externes, c'est-à-dire en celles qui n'ont d'autre *motif* qu'une altération locale de la peau, et en internes, c'est-à-dire qui sont comme les *racines* intérieures des maladies dont les altérations extérieures sont les symptômes. Nous aurions désiré que dans la discussion de ce paragraphe M. Rayer se fût attaché à distinguer les *causes* véritables des *occasions* des maladies; il nous semble que souvent on a discuté pendant longtemps, sans pouvoir s'entendre, faute d'avoir fait à l'avance cette distinction importante.

La classification de M. Rayer a pour base les mêmes caractères que celle de Willan, et n'est qu'une modification avantageuse de cette dernière.

Cette classification embrasse les altérations de la surface cutanée dans quatre grandes sections:

La première section comprend les maladies de la peau, qui se divisent en 1° inflammations, 2° en sécrétions morbides, 3° congestions et hemorrhagies cutanées ou sous-cutanées, 4° en anémie, 5° névroses, 6° vices de conformation congénitaux ou acquis.

La deuxième section traite des altérations des dépendances de la peau, c'est-à-dire, 1° des altérations des ongles et de la peau qui les fournit, 2° des altérations des poils et des follicules qui les produisent.

La troisième section a pour objet les corps étrangers observés à la surface de la peau dans son épaisseur, ou au dessous d'elle, et ces corps étrangers sont divisés eux-mêmes en inanimés et en animés.

Enfin, la quatrième et dernière section est consacrée à une maladie primitivement étrangère à la peau, mais qui lui imprime quelquefois des altérations particulières. Cette section ne renferme qu'une seule espèce : l'éléphantiasis des Arabes.

Sans aucun doute, cette classification, toute philosophique qu'elle soit, n'est pas parfaite, et l'auteur, lui-même, signale son plus grave inconvénient, qui est de séparer des maladies qui, « comme les fièvres éruptives, ont entre elles une analogie si frappante, et d'en rapprocher d'autres qui diffèrent beaucoup par leur marche et leur traitement. » Mais n'est-ce pas là, plus ou moins, le sort de toute classification? Et, si celle-ci facilite l'étude des choses auxquelles elle se rapporte, ne remplit-elle pas son but?

L'histoire des diverses espèces qui composent chaque groupe est précédée de considérations générales, où sont discutés les caractères de l'altération générique du groupe, les raisons qui ont déterminé l'auteur à classer telle maladie dans ce groupe plutôt que dans un autre, et le diagnostic différentiel des diverses espèces qui composent le groupe. On voit là que l'auteur a suivi pour tout son livre la même marche méthodique; et, suivant nous, il a bien fait. Ces aperçus généraux, sortes de résumés anticipés, gravent bien mieux dans l'esprit les choses qu'il est nécessaire de se rappeler; que si ces choses étaient dites à dix ou vingt pages l'une de l'autre, et seulement lorsqu'on finit l'histoire de l'espèce.

Nous ne pouvons pas, bien entendu, suivre l'auteur dans la description de chaque espèce: nous dirons seulement que ces descriptions sont en général aussi complètes que possible, et qu'elles montrent, ce qui n'est pas nouveau pour nous, que M. Rayer est un observateur habile et un écrivain consciencieux.

Après l'histoire de chaque espèce, et pour joindre l'exemple au précepte, M. Rayer rapporte toujours quelques observations de la maladie dont il est question; ces observations, bien détaillées, seront d'une grande utilité aux jeunes praticiens qui, trop souvent, après avoir péniblement diagnostiqué une maladie, ne savent, faute d'une expérience suffisante, comment diriger le traitement; surtout quand après quelques tentatives, si souvent infructueuses dans les maladies de la peau, le succès ne répond pas à leurs espérances. Quel est le médecin qui, au début de sa pratique n'a pas maudit vingt fois le livre qui, après de longs détails sur les causes, la marche, le diagnostic, le pronostic, etc., des maladies, le laisse dans un vague désolant quand vient le tour du traitement? Ces exemples montrent en outre la pratique de l'auteur; là, apparaissent les idées

thérapeutiques, idées que, pour le dire en passant, on aimerait souvent à voir plus à découvert dans le reste de l'ouvrage.

Beaucoup de maladies inflammatoires de la peau revêtent des aspects très différens, suivant les diverses phases où on les examine. Ainsi, nous connaissons un jeune homme affecté depuis longues années d'un *eczema*, et chez lequel M. Biett a diagnostiqué un *psoriasis diffusa;* M. Gibert un *lichen;* M. Alibert un *herpes squammosus lichenoïdes;* et enfin, M. Rayer un *eczema*. Certes, on n'attribuera pas ces variations à l'inexpérience de ces médecins, dont les noms sont si avantageusement connus; il faut les rejeter uniquement sur les apparences diverses sous lesquelles la cause morbide, quelque nom qu'on lui donne, traduit à l'extérieur son existence. Cette remarque n'a pas échappé à M. Rayer, et il la répète justement dans l'histoire de l'eczéma. Nous aurions désiré qu'il eût abordé, à cette occasion, la question de savoir si on ne pourrait pas conclure de là, que beaucoup de maladies de la peau, d'apparences diverses, n'auraient pas cependant une cause unique. Ce n'est pas que nous attachions une extrême importance aux hypothèses nombreuses qu'on a faites et qu'on pourrait faire sur cette matière; mais si nous détestons celles qui servent de *base* aux raisonnemens et qui engagent à torturer les faits pour les accommoder à la règle qu'elles ont tracée d'avance, nous aimons celles qui sont les déductions des faits observés, parce qu'elles nous montrent l'opinion des maîtres, et qu'elles peuvent nous guider dans de nouvelles découvertes.

Comme nous l'avons déjà dit, M. Rayer regarde le grand nombre de maladies de la peau comme des symptômes ou des épiphénomènes de maladies générales connues ou inconnues.

Nous voudrions qu'il eût insisté davantage sur cette idée. Nous sortons d'une époque où l'on a tant localisé, où l'on a tant dit qu'il n'y a pas de maladies, sinon celles qu'on peut voir de ses yeux, et montrer sur une planche dans les amphithéâtres cliniques qu'il est bon que ceux qui sont revenus de ces idées, et ceux qui ne les ont jamais partagées le disent et le redisent bien haut, afin de prévenir l'aveuglement des élèves et de dessiller les yeux de ceux qui ont pu partager ces erreurs.

Enfin, si, comme nous le croyons, M. Rayer fait une troisième édition de son ouvrage, nous l'engageons à mettre en tête de chaque article, non seulement le nom de la maladie et les différens synonymes qu'elle a ou qu'elle a eus, mais encore le nom des auteurs de ces synonymes; ce qui faciliterait à ceux qui ne sont pas très versés dans le diagnostic des maladies de la peau, la comparaison des divers auteurs entre eux.

H. Belloc, D.-M. P.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Octobre* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° Recherches sur l'état du pouls, de la respiration et de la température du corps dans les maladies; et sur les rapports qui existent entre ces divers phénomènes, par M. *Donné;* — 2° Recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la compression et de la raréfaction de l'air, tant sur le corps que sur les membres isolés, par M. *Th. Junod;* — 3° Mémoire sur la péricardite, par M. *Hache*, interne (travail non terminé); — 4° Notice sur la méthode simple anti-phlogistique dans le traitement de la syphilis, par M. *Devergie* aîné (travail non terminé).

Recherches sur l'état du pouls, de la respiration et de la température du corps dans les maladies, et sur les rapports qui existent entre ces divers phénomènes, par M. le docteur Donné.

Il était bien important que quelqu'un s'occupât avec un peu de rigueur du rapport que sont susceptibles d'offrir dans les maladies ces trois actes fondamentaux qui, dans l'état de santé, se modifient assez simultanément et sont dans la plupart des cas dans une étroite dépendance l'un de l'autre. Dans quelles maladies ces trois fonctions acquièrent-elles le plus d'élévation ou sont-elles le plus abaissées, et surtout quel rapport conservent-elles dans leurs variations pathologiques; ce rapport est-il toujours harmonique ou ne l'est-il pas, et quels sont les états morbides où il se maintient, ceux où on cesse de l'observer? Tels sont les points intéressans que M. Donné a eu pour objet, sinon de résoudre, au moins d'éclairer par les recherches dont nous allons présenter les résultats.

Pour compter les pulsations artérielles, l'auteur préfère les montres à secondes dites *trotteuses*, à celles beaucoup plus coûteuses qu'on appelle à *secondes indépendantes*, parce que dans les premières, la *seconde* étant divisée en cinq parties par le mouvement saccadé de la petite aiguille qui parcourt la seconde en cinq temps égaux, il est possible d'apprécier jusqu'à un quart et un cinquième de seconde; ce qui sert surtout à fixer exactement le commencement et la fin de l'intervalle pendant lequel dure l'expérience, avantage que n'offrent pas les *secondes indépendantes*, puisque avec elles on ne peut déterminer rigoureusement à quel instant de la seconde commence et finit le temps qu'on met à compter les pulsations.

La température des malades a été appréciée à l'aide d'un thermomètre centigrade très sensible, enfoncé au sommet du creux de l'aisselle. M. Donné a trouvé cette cavité pourvue d'une chaleur très indépendante, et aussi bien soustraite que la cavité buccale aux causes extérieures.

On sait que la température normale du corps de l'homme varie entre trente-six et trente-sept degrés du thermomètre indiqué.

Les cas où ont été remarquées une plus grande fréquence du pouls, de la respiration et une plus forte augmentation de la température, sont des cas d'hypertrophie du cœur, de

métrite puerpérale, de phthisie et de fièvre typhoïde, et dans ces quatre circonstances, le rapport entre les trois phénomènes étudiés s'est montré assez constant. Mais ce résultat ainsi brut est de peu d'importance. Il est loin de prouver que ce soit dans ces maladies que le pouls, la respiration et la température du corps sont le plus élevés. Ainsi, je regarde ce résultat, obtenu chez un anévrismatique, comme exceptionnel; car, si ces malades ont souvent un pouls assez fréquent, la chaleur de leur peau est en général fort peu en rapport avec ce premier phénomène; on la trouve presque toujours au dessous du degré normal, et puis il faudrait dire à quelle époque de sa durée était la maladie, si le malade était infiltré, et beaucoup d'autres particularités dont l'absence rend cette observation peu concluante. La preuve, c'est qu'un des malades où M. Donné a trouvé la température la plus basse est encore un cas d'hypertrophie du cœur. Voilà un des écueils de la statistique médicale, duquel on ne peut guère se préserver qu'en faisant tant et tant de distinctions, et des distinctions si individuelles, si imprévues, portant sur des choses si fugitives, quoique de première importance, que des résultats déduits en apparence de la comparaison d'élémens très semblables, ne le sont en effet que de l'assemblage incohérent des choses les plus opposées, classées sous le même nom. L'hypertrophie du cœur en question, un diabètes et un ictère sont les cas notés comme ceux où la température s'est montrée au degré le plus bas. C'est aussi un ictérique qui a donné le pouls le plus rare, et un lumbago, la respiration de même la plus rare. Le rapport entre ces trois phénomènes s'est ici assez bien maintenu. Mais qu'est-ce qu'un ictérique? Je ne connais pas de maladie plus différente d'elle-même que l'ictère. Il est donc indispensable de bien catégoriser les ictères, sous peine de faire des recherches sans fruit. Je trouve aussi fort peu d'intérêt à savoir qu'un individu affecté de lumbago avait la respiration la plus rare des malades examinés, si on n'ajoute pas quelle circonstance pouvait faire qu'il en fût ainsi.

Nous passons aux expériences qui ont pour but de constater en premier lieu s'il y a un rapport marqué dans les maladies, quelle que soit leur nature entre l'état du pouls et la température du corps. Il est clair qu'il ne s'agit pas d'un rapport rigoureux et constant.

Sur quarante-deux expériences faites sur dix phthisiques, dont huit hommes et deux femmes, M. Donné a trouvé seize fois le rapport approximatif entre les deux phénomènes en questions; vingt-six fois ce rapport n'existait pas. Dix expériences faites sur trois pleurétiques (hommes), n'ont jamais présenté le rapport. Dans sept autres études, ayant pour sujets deux pneumoniques (un homme et une femme), le rapport a été trouvé constant. Il en a été de même, quoique d'une manière moins constamment proportionnelle, dans douze expériences faites sur quatre femmes affectées d'hypertrophie du cœur.

Le rapport se remarque fort irrégulier dans quatorze expériences, auxquelles ont servi quatre chlorotiques. Sauf quelques inconstances il est assez exact dans deux cas de métropéritonite puerpérale, comprenant onze expériences. On le trouve aussi dans deux cas d'ictère (un homme et une femme) observés à quatre reprises, de même que dans un cas d'hystérie. Un homme affecté d'entérite l'a présenté avant et après la saignée, les deux phénomènes s'étant abaissés par ce moyen. Six expériences sur trois cas de rhumatisme aigu ont offert un rapport assez exact, ainsi que cinq expériences dans deux fièvres inflammatoires, dans deux fièvres typhoïdes qui ont fourni le sujet de six expériences, bien qu'on voie le nombre des pulsations s'accroître en même temps que s'élève la température; dans deux de ces cas, la proportion est si énormément distante, qu'on peut dire qu'elle cesse d'exister. Ainsi, le pouls étant à quatre-vingt-dix, la chaleur est à vingt-neuf; puis, chez un autre, le premier est à cent huit, la seconde à quarante, ce qui est le maximum de température dans les expériences de M. Donné. Il y a bien encore quelques autres expériences, mais elles sont peu nombreuses ou bien portent sur des malades dont on n'indique pas l'affection, et nous ne les rapporterons pas.

En résumé, dit l'auteur, le rapport entre la chaleur du corps et l'état du pouls, se montre plus fréquemment que le défaut de rapport, surtout dans les cas qui ne s'éloignent pas trop de l'état physiologique, pour ce qui tient à la fonction de l'hématose. Cette dernière conclusion est bien contrariée par le rapport constant qui a été observé dans la pneumonie.

L'opinion qui place la production des neuf dixièmes de la chaleur animale dans l'oxigénation du sang pendant l'acte respiratoire (Dulong et Desprets) reçoit un démenti par ce qui a été constaté chez les phthisiques, auxquels l'hématose est enlevée par l'imperméabilité des deux tiers des poumons : c'est une des maladies où la chaleur est le plus constamment élevée et dévorante. Dans les fièvres typhoïdes aussi, où ni la respiration ni la circulation n'étaient rapides, la température a été trouvée plus élevée que dans aucune autre maladie. Il y a donc dans l'économie d'autres sources de chaleur que celles fournies par ces deux fonctions.

Les tableaux où sont exposés les rapports existant, soit entre la circulation et la respiration, soit entre la respiration et la température, offrent des chiffres si mobiles, si disparates, qu'il est impossible d'en faire sortir un résultat, d'en tirer la moindre proposition générale, non seulement au profit de l'histoire des maladies qui y sont prises pour sujet, mais même relativement aux seuls cas qui ont servi aux expériences, M. Donné ne saurait en être responsable, car il ne peut extraire des faits ce qui n'y est pas, surtout lorsque ces faits sont en nombre insuffisant.

Il est dommage qu'un sujet si beau manque autant de l'intérêt dont il est susceptible : car nous pensons que ce qui n'y est pas pouvait y être, non que les résultats du travail tels qu'ils sont renferment le germe de ce que nous désirons, mais parce que les recherches auraient dû être faites avec plus de discernement, de goût et d'intention médicale.

P.

—

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Octobre* 1835.)

Thérapeutique médicale. — 1° Nouveau remède emménagogue, par M. *Carron du Villards;* 2° Du delirium tremens et de son traitement, par *Forget.*

Thérapeutique chirurgicale. — 1° De l'état actuel de la thérapeutique sur les fractures terminées par fausse articulation; — 2° De l'emploi du vésicatoire dans le traitement des bubons; — 3° De la périostite et de son traitement, par M. *Rognetta;* — 4° De l'emploi de l'huile de foie de morue dans quelques obscurcissemens de la cornée, par M. *Carron du Villards.*

Nouveau remède emménagogue, par M. Carron du Villards.

C'est le cyanure d'or donné en potion à la dose de trois grains pour huit onces de solution que recommande M. Carron, appuyé sur cinq faits, nous l'avouons, très concluans. Le docteur Furnari qui a entrepris, sur ce sujet, un travail avec l'auteur de la petite note que nous mentionnons, a découvert la propriété emménagogue du cyanure d'or, en essayant ce médicament contre les engorgemens glanduleux.

Les praticiens qui savent toute la difficulté qu'il y a à rétablir ou à décider pour la première fois la fonction menstruelle, n'hésiteront pas à recourir au nouvel emménagogue qu'on leur propose. Nous lui souhaitons dans la thérapeutique une place moins éphémère que tous les emménagogues qu'on nous exalte depuis Dioscoride. Ce prince de la matière médicale, comme on l'appelle, ne parle pas d'une seule substance sans lui attribuer le pouvoir *de provoquer les mois aux femmes.* Je dis cela pour faire voir combien on doit être réservé quand on se prononce sur les vertus emménagogues d'un médicament.

Du delirium tremens et de son traitement, par M. Forget.

A l'occasion d'un cas de *delirium tremens* qu'il a observé à la Charité dans le service de M. Rayer, M. Forget trace rapidement l'histoire pathologique et surtout thérapeutique de cette singulière affection. Le cas en question offre cela d'intéressant qu'il ne fut pas primitif, mais qu'il survint dans le cours d'un érysipèle de la face, circonstance bien faite pour obscurcir le diagnostic et pour empêcher de rapporter le *delirium tremens* à sa cause spéciale. Le diagnostic fut toutefois bien établi, et confirmé par la cessation du jour au lendemain du délire et de tous les autres caractères symptomatiques de l'*œnomanie*, au moyen de l'administration d'un grain et demi d'opium.

Autre particularité remarquable et féconde en inductions pathologiques et thérapeutiques, c'est que le *delirium tremens* se déclara après une saignée du bras dirigée contre l'érysipèle, et ce fait est d'autant plus important qu'il n'est pas isolé, qu'il est, pour ainsi dire, un point consacré, une circonstance connue dans l'histoire du délire des ivrognes; car, sans parler ici des recherches de l'anglais Blake, qui confirment particulièrement cette opinion, M. Rayer a déjà signalé dans la pneumonie cette succession d'occasion à effet; ou, si on craint de trop s'avancer, cette coïncidence, entre les émissions sanguines, pratiquées dans le cours d'une affection aiguë et le développement du délire alcoolique; la prédisposition toutefois existant, bien entendu.

Cette observation s'ajoute aux autres raisons qu'on a déjà (telles que la guérison dans le plus grand nombre de cas spontanée, les avantages de l'opium à hautes doses, l'absence de toute lésion organique de l'encéphale, etc....), pour affirmer que le *delirium tremens* n'est ni une encéphalite ni une méningite.

Le pronostic de cette espèce de manie est en général peu grave. Abandonnée à elle-même, elle se prolonge depuis vingt-quatre heures jusqu'à quinze jours et même six semaines; mais bien que l'expectation paraisse ne pas compromettre l'existence du malade, il est du devoir du médecin, s'il peut disposer d'une médication avec laquelle il soit sûr dans la plupart des cas de mettre un terme prochain à la période délirante, d'en user promptement; or, après avoir discuté la valeur de quelques méthodes thérapeutiques, telles que les saignées, l'expectation, l'usage des liqueurs spiritueuses, les affusions froides, les évacuans, etc., etc.... M. Forget se réfugie dans l'opium donné à doses fractionnées jusqu'à production du sommeil. Les autres moyens, sans devoir être rejetés, ne sont acceptés par lui, que comme accessoires et propres à combattre tel ou tel accident non nécessairement lié à l'affection; tandis que, comme il le dit fort bien, l'opium s'attaque *à sa cause formelle.*

Si c'était notre tâche, nous fortifierions de deux faits très péremptoires la conclusion de M. Forget.

De l'état actuel de la thérapeutique sur les fractures terminées par fausse articulation.

L'auteur commence par remarquer qu'en face d'une fracture terminée par fausse articulation, la majorité des praticiens n'a à opter qu'entre deux moyens très infidèles, les seuls mêmes auxquels eussent recours Boyer et Dupuytren : le séton en permanence, ou bien la résection des fragmens. Il distingue ensuite les articulations *surnuméraires* en six variétés bien tranchées, lesquelles réclament presque toutes des traitemens différens ou modifiés suivant leur nature,

Examinant en premier lieu la supposition de l'existence d'un cal incomplet, il pense que cette première variété repousse toute opération sanglante. On ne peut se permettre que des moyens tendant à activer un travail plastique languissant, mais surtout assujétir le membre à un repos long et absolu, après avoir procédé à une très exacte coaptation. Les moxas appliqués autour du point fracturé sont, selon M. Larrey, la meilleure manière d'atteindre le premier résultat. Que si on ne parvient pas à une réunion parfaite, on peut, par des liens, des viroles, comprimant circulairement le membre vers le lieu non consolidé, effacer assez bien les mouvemens de la fausse articulation et rendre l'usage des mouvemens, quoique borné et imparfait. Dans les autres variétés qui consistent en ce que les deux fragmens sont unis, soit par

des ligamens de nouvelle formation, soit par une capsule articulaire accidentelle (en supposant que ces liens de circonstance maintiennent assez solidement l'articulation anormale, ce qui est reconnaissable au peu de mobilité ce de liberté des fragmens), le procédé que nous venons d'indiquer est aussi le seul raisonnable.

Les variétés dans lesquelles il est impossible d'appliquer les ressources précédentes présentent l'indication des procédés suivans :

1° *Le frottement méthodique des fragmens.* Celse le recommandait déjà bien formellement (*Si quando verò ossa non conferbuerint quòd sæpe mota sæpè soluta sint, in aperto deindè curatio est : possunt enim coïre. Si vetustas occupavit, membrum extendendum est ut aliquid lædatur. Ossa inter se manu dividenda ut concurrendo exasperentur, ut si quid pingue est erodatur, totumque id quasi recens fiat*, etc., etc. CELSE, lib. VIII, cap. 7). Ce frottement est exercé pendant cinq à dix minutes pendant plusieurs jours; le membre est ensuite placé dans un appareil convenable. L'auteur a vu six succès dus à cette méthode, qu'il place en tête de toutes celles qui sont connues.

2° *Les injections stimulantes.* On pénètre jusqu'au foyer de la fracture par un coup de trois-quarts; le stylet retiré, on fait pénétrer par la canule, soit une solution de nitrate d'argent, soit de l'eau très chaude, ou bien du vin chaud, de l'alcool affaibli, etc., etc.... Quand il existe une ou plusieurs fistules autour du point fracturé, on se dispense de la ponction artificielle.

3° *La cautérisation des deux surfaces de la fausse articulation.*

M. Mayor de Lausanne a imaginé, pour y procéder, un moyen simple et fort ingénieux. Il plonge d'abord son trois-quarts jusque entre les deux fragmens, comme cela a été dit plus haut pour les injections; puis retirant le stylet, il le chauffe fortement dans l'eau bouillante et va par la canule le mettre en contact immédiat avec les bouts non réunis. Deux cas de très anciennes fractures non consolidées l'ont été parfaitement par ce procédé. L'auteur du mémoire que j'analyse y a une grande confiance. Le docteur Hewson pratique la cautérisation différemment. Après avoir fait une incision au niveau de la fracture, il porte entre les fragmens et à l'aide d'une pince quelques morceaux de potasse caustique.

Le docteur Sommé a avantageusement remplacé le séton végétal par le séton métallique de la manière suivante : Un long trois-quarts traverse les fragmens après avoir percé le membre de part en part; la canule sert à introduire un fil d'argent recuit. Un second coup de trois-quarts est donné à deux pouces à côté du premier et traverse de même le membre en passant entre les fragmens; dans la canule on glisse un des chefs du fil d'argent qui se trouve ainsi former un anse d'un côté et avoir deux chefs de l'autre. Cela fait, on réunit par un coup de bistouri le pont de chair qui sépare les deux rous existant du côté de l'anse, puis on étend ette incision en profondeur jusque sur les agmens. On fait cheminer alors l'anse et on la porte (en tirant directement les deux chefs) sur les fragmens eux-mêmes. L'incision tout à l'heure pratiquée est réunie par première intention. De temps en temps on frotte contre les bouts de la fracture l'anse qui leur est interposé, et lorsqu'on juge le travail plastique assez avancé, on coupe un des chefs près de l'ouverture qui lui donne passage et on retire très facilement l'autre chef.

Ce procédé énergique compte des succès. L'auteur lui préfère néanmoins la cautérisation *à la Mayor.*

P.

JOURNAL HEBDOMADAIRE.

(*Octobre* 1835.)

Les cinq numéros d'octobre contiennent :

1° Deux rapports trimestriels du service de M. *Casimir Broussais*, médecin du Val-de-Grâce, par ce médecin; — 2° Note sur la présence d'un fluide aériforme, découvert dans le système vasculaire des cholériques, par MM. *Joanny Porier et Coudongnès;* — 3° Compte-rendu de la clinique de M. le professeur *Bouillaud;* à la Charité, pendant les mois de juillet et août, par M. *Jules Pelletan;* — 4° Observation d'empoisonnement par la teinture vineuse des bulbes de colchique, par M. *Caffe*; — 5° Clinique des maladies du cœur, par M. le professeur *Bouillaud* — 6° Deux articles de M. *Dufresse* sur la clinique chirurgicale de M. *Velpeau*, relatifs aux abcès de la main, à l'amputation de la jambe et à un nouveau membre artificiel, à une plaie de la face palmaire de la main, et à une plaie de tête compliquée de fracture; — 7° Des observations de chirurgie pratique, par M. *Fardeau*, de Saumur (premier article).

Dans le second rapport trimestriel de M. Casimir Broussais, nous avons à noter deux cas de catarrhe vésical, contre lesquels les boissons diurétiques, les bains de siége et les bains entiers étaient insuffisans et qui furent rapidement et très bien guéris par la *teinture de cantharides*, administrée à la dose d'une à deux gouttes dans des potions gommeuses.

A l'article des varioles, M. Broussais appelle l'attention sur la distinction importante à établir entre la *variole lymphatique* et la *variole purulente*. La première est constituée par des vésicules plutôt que par des pustules; les croûtes s'en sèchent promptement, la terminaison en est rapide, et le pronostic en est favorable; il en est tout autrement de la seconde qui est accompagnée de beaucoup de gonflement, de suppuration, de fièvre. C'est à cette dernière que se rapportent les phlegmons, les érysipèles, les ophtalmies, les otites, etc., qui compliquent souvent la variole.

Clinique de M. le professeur Bouillaud. — *Compte-rendu par M.* Jules Pelletan, *chef de clinique.*

Au sujet de quelques mots insérés dans notre dernier numéro, sur un *compte-rendu* de M. Jules Pelletan, nous avons reçu de ce médecin une lettre dans laquelle il se montre peu satisfait de notre critique. Nous n'insérons point cette lettre, parce qu'il ne nous est pas possible d'entrer en discussion avec tous les écrivains dont

nous nous permettons de juger les œuvres. Nous voulons bien, toutefois, donner à M. Jules Pelletan, ou plutôt à nos lecteurs, quelques explications.

Nous n'avons jamais nié et nous ne nierons jamais que la statistique ne soit un élément de jugement en médecine. Il s'agit seulement de savoir quel degré de confiance elle mérite, et à quelles conditions elle mérite la confiance. M. Jules Pelletan croit faire de bonne statistique en comptant des cas, en mettant des chiffres en regard, et en sabrant quelques observations : nous avons le malheur de ne pas avoir la même idée que lui de la valeur de son travail. Il répond à cela qu'il a dit (pour les pneumonies) : quand la pneumonie était simple ou double, au premier ou au deuxième degré, qu'il a analysé les phénomènes locaux de la pneumonie: nous disons que nous pensons qu'il y a des élémens du diagnostic, de pronostic, de traitement, plus considérables, plus essentiels, plus nécessaires à une bonne statistique, et que, faute d'avoir étudié et rapporté ces élémens, il donne des résultats qui, pour nous, ne concluent pas comme pour lui. Sur quoi Stoll et d'autres après lui, ont-ils fondé leur distinction des pneumonies, en *franches, bilieuses, rhumatiques?* On n'avait pas alors le secours de l'auscultation, mais on l'aurait eu, que toutes ces pneumonies, probablement égales aux yeux de l'auscultateur, n'eussent pas été moins différentes aux yeux du médecin. C'est cet ensemble de phénomènes généraux, cette suscitation des sympathies, que nous demandons qu'on nous représente, et qu'on ne nous représente pas, quand on nous dit : « Tant de *pneumonies* ont guéri ; tant de *fièvres typhoïdes* ont guéri, etc. » Il y a des pneumonies qui ne sont point comparables à des pneumonies, des fièvres typhoïdes qui ne sont point comparables à des fièvres typhoïdes. Comparez au moins des choses comparables! Ne met-on pas aussi ensemble des érysipèles, des ictères, et d'autres affections qui, comme celles-ci, dépendent des causes les plus différentes et ont la signification la plus différente ? Voilà par où pèchent aujourd'hui les statisticiens qui encombrent la science : leurs catégories ne sont pas légitimes. C'est plus contre eux que contre la statistique elle-même que nous nous élevons. — Il est pourtant vrai que, tout en lui reconnaissant une utilité secondaire, nous avons peu de sympathie pour la statistique elle-même. Pourquoi ? C'est que pour faire des catégories légitimes, il faudrait, nous semble-t-il, un temps si long, une peine si excessive, que ce serait le chemin le plus pénible et le plus détourné pour arriver à la vérité médicale ; et que nous préferons jusqu'ici la bonne et attentive étude des faits non minutieusement comptés, qui ne manquent jamais, du reste, de faire nombre dans une tête intelligente.

Nous espérons, sous peu, revenir plus au long sur la statistique médicale ; et nous bornons ici les réflexions de ce jour.

Nous faisons au compte-rendu de ce mois le même reproche général qu'à celui du mois précédent. — Dans le compte du mois précédent, il n'y avait point ou presque point de morts dans les pneumonies : cette fois il y a deux morts sur sept malades; et cependant les deux malades ont perdu à l'hôpital chacun dix-neuf palettes de sang. — M. Pelletan explique le mauvais résultat, en disant que ces pneumonies étaient au troisième degré, et que l'une des deux était double. Rien ne nous empêche de dire que ces deux pneumoniques étaient de ceux dont Stoll dit : « *Tous ceux qu'on faisait saigner sans les faire vomir mouraient.* » — M. Pelletan nous prie de reporter ces deux morts dans le résumé général des pneumonies, et que nous verrons ainsi que le *résultat définitif* est plus favorable à la Charité qu'ailleurs. Mais, quand le résultat sera-t-il définif? Il n'y a point, que je sache, de règle statistique qui le dise. S'il vient l'année prochaine à la Charité, sur quinze pneumonies, douze pneumonies au troisième degré ou doubles qui entraînent la mort, ce douze morts feront-elles parties du résultat définitif? Alors, le chiffre de l'année dernière, dont on était si fier, ne donnerait plus qu'un sentiment d'humilité. — Sur six cas d'érysipèle de la face, il y en a trois qui auraient été infailliblement mortels, dit M. Pelletan, sans l'énergie antiphlogistique qui a été développée par le professeur de la Charité. M. Pelletan n'en doute point, à voir les morts nombreuses que produit l'érysipèle de la face dans les services où la saignée est moins hardiment employée. — Nous trouvons cette assertion très hasardée, car nous avons vu souvent des érysipèles de la face accompagnés de symptômes effrayans, menés à très bonne fin par les simples émolliens. Nous avons vu de bons pathologistes professer que l'érysipèle de la face est bien plus effrayant que dangereux ; et les auteurs (Borsieri, Leroy de Montpellier, etc.) qui déclaraient que l'érysipèle était beaucoup moins dangereux à la face qu'aux membres inférieurs, devaient avoir vu des faits semblables.

Clinique des maladies du cœur, par M. Bouillaud.

Ce premier travail de M. Bouillaud sur les maladies du cœur est relatif au *triple bruit du cœur et au bruit de soufflet dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur avec induration, déformation et par suite insuffisance de leurs valvules.*

M. Bouillaud, quoique M. Hope nie l'existence d'un troisième bruit du cœur, a observé plusieurs cas de troisième et même de quatrième bruit du cœur; il ne les a rencontrés jusqu'ici que chez des individus atteints de rétrécissement de quelques uns des orifices du cœur avec induration des valvules, accompagnée ordinairement des suites d'une ancienne péricardite. Le mécanisme de ce triple et quadruple bruit lui paraît le même que celui du double bruit normal, et dû également au jeu des valvules pendant les mouvemens de systole et de diastole.

Du reste, quel que soit le rhythme du cœur dans les rétrécissemens des orifices, on entend constamment, avec une convenable habitude de l'auscultation, un bruit de frottement imitant le bruit de soufflet, de râpe ou de scie.

Dans les deux observations que M. Bouillaud joint à ces réflexions, il y a bruit de soufflet, correspondant à des rétrécissemens valvulaires; mais dans la première il y a un *triple* bruit de

soufflet dans la région précordiale, coïncidant avec une double pulsation des artères, suivie d'un long repos, pendant lequel a lieu le dernier des bruits de soufflet du cœur, sans que le professeur puisse expliquer à quoi tient cette différence d'un *triple* bruit de soufflet dans un cas et d'un *double* bruit de soufflet dans l'autre.

G.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

Edinburgh medical and surgical journal.

(*Octobre* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° Faits communiqués par la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg; — 2° Position vicieuse des ovaires, de la vessie et de l'urèthre, par le docteur *Ingleby*; — 3° Observations sur le traitement de la fistule lacrymale, par le docteur *Lubbock*; — 4° Cas de méningite, par le docteur *Maclagan*; — 5° Deux cas d'hématémèse, par le docteur *Graham*; — 6° Matériaux pour la statistique de l'armée anglaise, par *H. Marshall*; — 7° Sur les fièvres et les éruptions pétéchiales, par le docteur *Homepeebles*; — 8° Des maladies qui simulent une inflammation aiguë de divers organes importans, et qui dépendent en réalité d'une irritation de la moelle épinière ou des ganglions, par le docteur *Torbet*; — 9° Observations et expériences sur les fonctions du cœcum, par le docteur *Schultz* (traduit de l'allemand); — 10° De l'état sanitaire de diverses factoreries, par le docteur *Harrison*.

Faits communiqués par la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.

Parmi les observations lues devant la Société et dont elle a ordonné la publication, il en est huit ou dix qui sont relatives à des ramollissemens, à des ulcérations et à des perforations des parois de l'estomac. La plupart sont traitées assez légèrement; il faut en excepter celles qui ont été recueillies par M. le docteur Craigie. Néanmoins, comme l'histoire et la description de ces lésions ne nous ont paru offrir rien qui n'ait été déjà observé plusieurs fois, nous nous bornerons à faire connaître les considérations générales par lesquelles l'auteur termine son travail, et qu'il ne hasarde, dit-il, que comme de simples conjectures que des faits plus nombreux viendront confirmer ou détruire.

Dans les trois cas rapportés par M. Craigie, la perforation avait son siége sur la petite courbure de l'estomac, et s'étendait à peu près également sur la face antérieure et sur la face postérieure de cet organe. Elle se trouvait donc traversée par l'artère coronaire dont l'érosion explique les fréquentes hématémèses, et par les filets nerveux qui accompagnent ce vaisseau, ce qui rendrait compte des douleurs, souvent atroces, éprouvées par les malades.

Chaque perforation avait une forme ovale, dont le grand diamètre coupait à angle droit le diamètre longitudinal ou l'axe de l'estomac; ce qui tient sans doute, continue l'auteur, à la rétraction des fibres circulaires de la tunique musculeuse, rétraction plus énergique que celle des fibres longitudinales.

Il n'existait aucune trace de dégénération squirrheuse ou tuberculeuse; l'ulcération paraissait évidemment le résultat d'une inflammation, non point aiguë, envahis ante et superficielle, mais chronique, circonscrite et profonde, s'étendant, non par continuité, mais par contiguité du tissu. L'estomac est sujet au moins à ces deux formes de l'inflammation dont la première s'accompagne de troubles généraux, de vomissemens et de symptômes semblables à ceux de la fièvre synoque; tandis que la seconde jette moins de désordre dans l'économie, n'amène le vomissement qu'à des intervalles éloignés, et dans des occasions particulières, ne provoque la douleur et ne modifie la circulation qu'à une époque déjà avancée, peut-être lorsque le péritoine commence à être affecté. C'est cette dernière forme que M. Craigie a remarquée chez les trois individus dont il a décrit la maladie. Il n'a observé aucun désordre grave dans les fonctions digestives, si ce n'est, de loin en loin, quelques symptômes d'indigestion; mais le dégoût, l'inappétence, les vomissemens et la douleur ont toujours été momentanés et n'ont pris un caractère permanent que dans la dernière période. Cette particularité dépend sans doute de ce que l'altération est locale et très circonscrite, et de ce qu'elle est située à la partie postérieure et supérieure du viscère qui est la moins exposée au contact des alimens. C'est en partie, grâce à cette position de l'ulcération dont les bords avaient d'ailleurs contracté des adhérences avec les parties voisines, que les liquides contenus dans l'estomac ne s'en échappaient point. Du reste, aucun épanchement séreux ou séro-purulent n'avait eu lieu dans la cavité du péritoine, et cette vaste membrane ne présentait aucune trace d'inflammation, si ce n'est dans le voisinage immédiat de la solution de continuité. Cette circonstance paraît due à l'impossibilité où étaient le gaz et les liquides contenus dans l'estomac de s'échapper par l'ouverture que bouchait le foie ou le pancréas.

Ictère comateux.

M. Alison rapporte quatre exemples de cette espèce d'ictère, déjà observé par Morgagni, par Cheyne, par Abercrombie, et autres, qui se termine assez promptement par un état fébrile accompagné de délire, auquel succèdent le coma et la mort. Le plus souvent on trouve les canaux biliaires et la vésicule parfaitement libres, mais vides et dépourvus de la teinte jaune que revêt ordinairement leur surface interne. Or, M. Alison ne parle pas qu'ici la jaunisse doive s'expliquer par un état de spasme des conduits biliaires. Il aime mieux l'attribuer à la rétention, dans le sang, des matériaux de la bile qui, dans l'état normal, sont *séparés* et non *fermés* par le foie, et qui, lorsque cet organe suspend ses fonctions, réagissent sur le système nerveux comme un véritable poison

narcotique. Il se fonde : 1° sur ce que l'on a récemment trouvé la cholestérine dans le sérum du sang; 2° sur ce que ce principe peut être déposé dans différentes parties du corps, même chez des individus non ictériques, etc., etc.; mais il ne tire aucune conclusion pratique des faits qu'il recommande à l'attention des pathologistes.

Portions d'intestin rendues par les selles.

M. Thompson analyse trente-cinq observations, rapportées par différens auteurs Anglais, Français, Allemands et Italiens, dans lesquelles il est question de portions cylindriques de l'intestin évacuées par l'anus et atteignant quelquefois une longueur de quarante pouces. Nous ne pouvons le suivre dans l'exposé de ces faits, ni même dans les considérations qu'ils lui suggèrent; nous nous bornerons à l'énoncé pur et simple des conclusions qu'il en tire.

La maladie est plus fréquente chez les hommes, et plus souvent mortelle chez les femmes. La portion d'intestin évacuée appartenait au jéjunum trois fois, au jéjunum et à l'iléon trois fois, à l'iléon seul onze fois, et cinq fois à une partie non déterminée de l'intestin grêle ; à l'iléon et au cœcum une fois, à ces deux portions du gros intestin et au colon deux fois, au cœcum seul une fois, au cœcum et à l'extrémité inférieure du colon trois fois, au colon seul deux fois. La longueur du séquestre a varié entre six pouces et quarante; rarement il se trouvait divisé en deux parties; presque toujours il entraînait avec lui un lambeau du mésentère ; une fois on y a reconnu une glande mésentérique, et une autre fois un fragment d'épiploon. L'expulsion du séquestre a été presque constamment suivie de symptômes d'iléus; il faut excepter un cas de dysenterie et deux de simple diarrhée. Le vomissement s'est montré fréquemment; et une fois sur trois, les matières vomies avaient l'aspect et l'odeur des *fœces*. L'évacuation de la portion détachée de l'intestin a eu lieu généralement sans cause connue; elle a été provoquée une fois par la réduction un peu brutale d'une hernie, et trois ou quatre fois par des violences extérieures accidentelles. La durée de la maladie a varié entre quatre jours et quarante; le plus souvent elle a été d'un mois. Sur dix-neuf cas, qui ont eu une terminaison fatale, la mort a paru onze fois la conséquence immédiate du travail inflammatoire qui avait amené la séquestration; huit fois elle a été le résultat des modifications secondaires apportées dans le canal intestinal par l'accident primitif. Quinze nécropsies ont été faites. Dans un cas, il est dit tout simplement, qu'il y avait continuité dans la membrane interne des deux portions d'intestin cicatrisées. Dans un autre, il n'existait pas de rétrécissement sensible, quoique la cicatrice adhérât fortement au péritoine. Dans un troisième, le tube intestinal était fort rétréci, et laissait néanmoins un passage aux matières fécales. Ici, les parois du canal n'étaient pas seulement contractées, mais encore elles étaient considérablement épaissies. Là, le resserrement était tel, que l'extrémité du petit doigt ne pouvait se frayer un passage. Ailleurs, un abcès situé dans l'épaisseur même de la cicatrice communiquait avec un foyer purulent du muscle psoas. Tantôt le bout supérieur de l'intestin divisé était profondément invaginé dans le bout inférieur; tantôt il s'ouvrait dans une vaste poche au fond de laquelle existait la trace de l'orifice inférieur, fermé par une inflammation adhésive. Quatre fois on a trouvé une communication entre le canal intestinal et la cavité du bas-ventre, soit que la cicatrisation eût été incomplète dans le principe, soit que l'étroitesse excessive du passage en eût provoqué la rupture, soit enfin qu'une inflammation secondaire eût déterminé la gangrène. De vastes inflammations du péritoine, des adhérences envahissant tout le paquet intestinal, des épanchemens séro-purulens, de larges plaques gangreneuses accompagnaient le plus souvent les modifications indiquées ci-dessus. Chez les malades qui ont guéri, la convalescence était remarquable par la rapidité de sa marche et par le retour précoce d'un appétit, dont les exigences, trop tôt satisfaites, ont amené quelquefois de funestes résultats.

Maladies simulant l'inflammation aiguë de divers organes importans, et dépendant en réalité d'une irritation de la moelle épinière ou du système ganglionnaire.

Il s'agit de deux observations remarquables par la durée de la maladie, par la gravité et la variété des symptômes qu'elle a offerts, et par l'efficacité (qui nous semble toutefois moins démontrée qu'à M. Torbet) d'un traitement dirigé sur la moelle épinière. Ces observations feraient un petit volume; nous essaierons de les analyser en peu de mots.

Une jeune fille de quinze ans, très développée au physique et au moral, est prise au printemps de 1831 d'une toux rauque et sèche, qui cède au bout de quelques jours, et se reproduit au mois d'octobre, pendant le cours d'une fièvre typhoïde. En février 1832, cette toux s'accompagne de palpitations, de gêne dans la respiration, de fréquence du pouls. Les saignées locales et générales, la digitale, la diète et le repos ne produisent aucune amélioration. Depuis cette époque, jusqu'au mois d'août 1835, se succèdent une série de symptômes alarmans, tantôt simultanés, tantôt se cédant réciproquement la place. Ce sont des quintes de toux avec suffocation imminente, des névralgies dentaires atroces, des céphalées horriblement douloureuses, des efforts de vomissement convulsifs, et se répétant de minute en minute pendant des heures entières, des hémoptysies d'une violence effrayante. Ce sont des alternatives de délire et de coma, de convulsions et de paralysie partielles, d'excessives acuités des sens et de surdité et de cécité. Ce sont des défaillances continuelles, ou des attaques de catalepsie durant jusqu'à trente-six heures. Les règles ne paraissent qu'à des époques éloignées, la maigreur et la faiblesse deviennent excessives, et toutefois les fonctions abdominales s'exécutent sans trop d'irrégularité. Pendant trois ans, toute la pharmacopée anglaise est mise à contribution; la formule des médicamens nouveaux est épuisée. Au milieu de cette polypharmacie surgissent

trois exutoires appliqués à de longs intervalles sur le trajet de la colonne vertébrale, et auxquels il plaît à M. Torbet d'attribuer la guérison, bien que l'action des deux premiers lui ait paru si équivoque, qu'il ne s'est décidé qu'avec peine à prescrire le troisième.

Le second cas est assez analogue au premier, sauf les complications amenées par une grossesse pénible. Ici, le siége de la maladie est moins obscure, car elle a succédé à une chute sur le dos, suivie de paralysie. Mais quant à l'influence de la médication, il nous semble difficile de dire si les améliorations et les aggravations qui ont si long-temps alterné ensemble sont le fait de la nature, du mal ou des remèdes; et nous appliquerions volontiers aux deux clientes de M. Torbet, l'aveu naïf d'un de ses illustres confrères : « J'ai observé plusieurs malades semblables; j'en ai vu mourir; j'en ai vu guérir, et je n'ai jamais su ni pourquoi ni comment. »

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MÉMOIRES ÉTRANGERS.

Mémoire sur la syphilis congéniale, par le docteur Simon.

C'est une question encore controversée parmi les médecins, de savoir s'il existe réellement une syphilis congéniale, c'est-à-dire si l'infection vénérienne peut être transmise au germe par le père, ou au fœtus par la mère, ou bien si l'enfant ne contracte la maladie qu'au moment de la naissance, dans son passage au travers des organes extérieurs de la génération. Cette dernière opinion est celle de Girtanner; mais elle semble aussi exagérée dans un sens que l'est, dans le sens opposé, celle de Sanchez, de Rosenstein, et autres auteurs, suivant lesquels le germe de l'affection vénérienne, apporté par l'enfant en venant au monde, peut ne se développer qu'au bout de vingt ou trente ans. Girtanner d'ailleurs se contredit lui-même sans y prendre garde, lorsqu'il dit: « Les femmes infectées de syphilis mettent rarement « au monde des enfans sains et vigoureux. « Cette particularité, ce me semble, est facile « à expliquer. J'ai déjà dit que le vice vénérien a son siége exclusivement dans la lymphe. C'est par cette lymphe altérée que « l'enfant est nourri; il faut donc nécessairement ou qu'il meure faute de nourriture, ou « qu'il naisse faible, amaigri, exténué. Et cependant il n'est point entaché de l'infection « syphilitique. » Ainsi, ajoute M. Simon, le virus ou la dyscrasie syphilitique a son siége dans la lymphe, ou dans le sang, ou dans n'importe quelle autre humeur de la mère; ces humeurs altèrent ou détruisent la vie de l'enfant, et il est exempt de la dyscrasie syphilitique! Il n'hésite pas à qualifier de sophisme un tel raisonnement, que Walch et Wendt ont réfuté sans examen.

Si l'on admet, continue-t-il, que les accidens syphilitiques secondaires sont le résultat d'une dyscrasie qui domine et modifie l'organisme, comment cette dyscrasie ne s'étendrait-elle pas à un être qui se forme, se nourrit et s'accroît aux dépens des humeurs de la mère? Et si l'on pense que cette dyscrasie n'est pas de nature syphilitique, malgré la cause première qui l'a développée, comment expliquer l'apparition des chancres à la gorge, des exostoses, etc.?

On répondra que le sperme du père, le sang de la mère, le lait de la nourrice peuvent être altérés, incomplétement élaborés, insuffisans pour former et nourrir l'enfant, sans être pour cela infectés du vice vénérien. Mais ce n'est là qu'une simple assertion qui n'est appuyée sur aucune preuve; et l'on pourrait tout aussi bien affirmer que c'est la dyscrasie syphilitique qui empoisonne les sources de la vie du fœtus, qui altère sa débile organisation, et qui le tue quelquefois avant qu'il ait vu la lumière. Que si généralement, au sortir du sein de sa mère, il présente non des symptômes locaux de syphilis, mais un état cachectique qui le consume, on peut dire que cela tient à l'action égale et simultanée de la dyscrasie vénérienne sur toutes les parties de son organisme, à la répartition uniforme du sang de la mère, à la chaleur qui règne dans la cavité utérine, à la différence qui existe entre les rapports, soit internes, soit externes, du fœtus et ceux de l'enfant nouveau-né. D'ailleurs les phénomènes syphilitiques locaux ne manquent pas toujours sur les avortons des femmes infectées, ainsi que Plenk l'a dit expressément. *Tales infantes nascuntur cum maculis cuprei coloris circa anum, perinæum, scrotum vel vulvum, quandoque circa totum corpus. Hæc maculæ intra aliquot septimanas in superficialia lardacea et serpentia ulcera abeunt. Non raro fauces et commissuræ labiorum simul eroduntur. Indè vox rauca, clamores nocturni, noctes insomnes, deglutitio difficilis, tabes, mors.* Outre ces taches et ces pustules, on observe encore souvent un enchiffrénement qui rend la respiration bruyante, et qui empêche l'enfant de téter.

Il est bien vrai que l'infection syphilitique est le plus ordinairement le résultat de la mise en contact d'un individu sain avec le produit de la sécrétion maladive de l'organe affecté chez un vénérien; mais il ne s'ensuit nullement que *la communication ne puisse avoir lieu par la simple dyscrasie syphilitique.* C'est précisément ce qu'on voit tous les jours. C'est une vérité reconnue que des hommes qui n'offraient aucune trace d'écoulement ni d'ulcération ont communiqué la maladie vénérienne à leurs femmes, et réciproquement. Plenk en cite un exemple frappant d'après Goulard. Moi-même, continue M. Simon, j'ai eu occasion d'en observer deux. Un jeune homme que j'avais traité, sous les yeux même de sa fiancée, d'ulcères vénériens primitifs et de chancres à la gorge, m'avait promis de ne point se marier avant de

s'être soumis à un traitement mercuriel complet. Il oublia sa promesse, parce que la disparition des symptômes locaux le porta à croire sa guérison radicale. Au bout de peu de mois se manifestèrent chez la jeune femme des symptômes secondaires bien évidens de syphilis; les symptômes primaires avaient été négligés, soit qu'ils parussent de peu d'importance, soit qu'on les regardât comme la suite inévitable des premières approches. *Le mari s'était probablement fait quelque déchirure qui, bien qu'elle n'offrît aucun caractère particulier et qu'elle guérît d'elle-même, fut la source de tout le mal.* Lui-même ne tarda pas à se plaindre d'ulcères à la gorge qui cédèrent à des frictions mercurielles. Le second cas s'est présenté dans des circonstances à peu près semblables. J'ai traité récemment d'un ozène syphilitique une femme dont le mari avait été traité, plusieurs années auparavant, d'une affection vénérienne, mais jurait ses grands dieux qu'il s'était abstenu du lit conjugal tout le temps qu'avait duré sa maladie (1).

Si donc la dyscrasie syphilitique peut devenir contagieuse sans qu'il existe la moindre trace d'affection locale, il n'est pas extraordinaire qu'elle soit transmise à l'enfant par le sperme du père ou par le sang de la mère, de même que tant d'autres particularités physiques et morales, qui se propagent de génération en génération. L'infection au moment du travail de l'accouchement paraît au contraire plus douteuse, et Jahn a fait observer avec raison que l'enduit muqueux dont la peau de l'enfant est revêtue rend la contagion fort difficile. Il est vrai de dire toutefois, que les yeux du fœtus étant mal protégés, il peut contracter au passage une ophthalmie vénérienne. Quant aux parties génitales des enfans du sexe féminin, leur contact avec les organes sexuels de la mère est faible et peu prolongé.

D'un autre côté, les symptômes de syphilis qu'on observe chez les nouveau-nés, sont tout-à-fait secondaires et annoncent une infection déjà plus ou moins ancienne. Huit ou quinze jours après la naissance, on voit se développer, sur diverses parties du corps, des taches cuivreuses, des pustules analogues à celles de la variole, des éruptions humides, dartreuses, qui s'ulcèrent promptement. Ces lésions des tégumens se remarquent souvent, à la vérité, au visage, aux lombes, aux organes génitaux; mais souvent aussi l'infection syphilitique se trahit par l'enchiffrénement, par des ulcères dans la bouche, par des taches et des pustules sur les membres supérieurs on inférieurs. Ajoutez à cela que ces enfans naissent très émaciés, ou qu'ils maigrissent aussitôt après la naissance. De ce que les symptômes ci-dessus n'apparaissent d'ordinaire que vers le dixième au douzième jour (ce qui néanmoins est loin d'être constant), Girtanner conclut que l'infection ne peut avoir précédé le travail de l'accouchement. On pourrait, avec plus de raison, en tirer la conclusion opposée, car les phénomènes secondaires de la syphilis ne se développent jamais moins de six semaines après l'infection. Et ce serait une grave erreur de croire que la résorption du virus vénérien se fait avec plus de promptitude chez les enfans que chez les adultes, car on observe le contraire lorsqu'ils contractent la syphilis après la naissance, soit par le lait de la nourrice, soit par les gercures qu'elle a au sein.

Que si, dans le sein de la mère, le fœtus est plus ou moins facilement envahi par la dyscrasie vénérienne, ou bien au contraire lui échappe tout-à-fait, cela s'explique par plusieurs raisons. Premièrement, les résultats doivent varier suivant que le père ou la mère syphilitiques ont été soumis à un traitement ou n'en ont subi aucun. On voit des individus chez qui la syphilis ne donne lieu qu'à des symptômes peu graves, et qui néanmoins communiquent avec une activité étonnante l'infection vénérienne aux personnes de l'autre sexe avec qui ils ont des rapports, ou aux enfans à qui ils donnent le jour. La mère syphilitique non traitée accouche rarement d'un enfant vivant ou viable. Elle avorte ordinairement au sixième ou septième mois, et son fruit porte des traces irrécusables de syphilis. L'avortement se répète jusqu'à cinq ou six fois, et enfin naît un enfant vivant qui présente des symptômes syphilitiques dès la première semaine, et qui meurt avant l'année révolue.

Si le père seul est affecté de syphilis non traitée, et la mère saine, l'avortement est plus rare; mais des symptômes vénériens se manifestent chez l'enfant peu de temps après la naissance, et, malgré le traitement convenable, la maladie se termine par la mort. Rarement l'enfant parvient à un âge plus avancé à travers tous les accidens du rachitis. Il y a toutefois de bizarres exceptions. La femme d'un homme affecté de syphilis, lequel avait eu le nez et le palais détruits depuis son mariage, accoucha, après plusieurs avortemens, d'un garçon sain et vigoureux; puis elle fit encore plusieurs faus-

(1) Les faits rapportés par M. Simon sont susceptibles d'être commentés, le premier surtout, avec une malignité que nos mœurs actuelles ne justifient peut-être que trop. En voici un contre lequel on ne saurait élever les mêmes objections. En 1829, M. Desn..., dessinateur pour la soierie, était affecté d'une maladie vénérienne, caractérisée par un bubon récent et par une blennorrhée ancienne. Le traitement qu'il suivait sous ma direction ne l'empêcha point d'avoir des relations très intimes avec la femme de chambre de madame de R.., sa voisine. Un jour, il m'amena le jeune de R.., âgé de dix-sept ans, porteur de trois chancres à la base du gland, dont il s'obstinait à ne pas reconnaître la nature vénérienne, parce qu'il n'avait eu de rapports qu'avec la femme de chambre de sa mère, et que cette fille *n'avait rien.* Les confidences de M. Desn... ne le désabusaient point. Je me fis amener cette fille, qui convint de son intrigue avec les deux jeunes gens, et parut fort inquiète sur sa propre santé. L'examen le plus minutieux et le plus attentif des parties génitales externes, et le speculum porté dans le vagin ne me firent rien découvrir, ni ulcération, ni tache, ni écoulement. Je l'engageai cependant à entrer à la Maison royale de santé, faubourg Saint-Denis, où elle fut de nouveau soumise à l'investigation la plus sévère, sans qu'on pût reconnaître aucun symptôme vénérien. Je crois néanmoins qu'on lui fit subir un traitement mercuriel; j'ignore ce qu'elle est devenue ensuite. M. de R.. guérit par la cautérisation et les frictions mercurielles.

(Note du traducteur.)

ses couches et mourut d'un *herpes humidus* qui s'étendit graduellement à tout le corps. Le mari fut guéri à la même époque par des frictions mercurielles; il épousa sa cuisinière, et eut d'elle trois enfans exempts de la dyscrasie syphilitique.

Si le père et la mère sont affectés de syphilis non traitée, il est bien rare que l'enfant naisse vivant, bien plus rare encore qu'il naisse bien portant. Si la mère le nourrit elle-même, il meurt immanquablement dans l'année, ou reste estropié et rachitique. Si on lui donne une bonne nourrice, la dyscrasie syphilitique peut être neutralisée, et l'enfant vient bien, sauf quelques symptômes scrofuleux. Les mères syphilitiques ne doivent donc point nourrir; et il y a ceci de remarquable, que si par hasard une mère syphilitique accouche d'un enfant sain, et qu'elle le nourrisse, il ne tarde pas à contracter la maladie, comme si le principe vénérien était plus concentré dans le lait que dans le sang lui-même.

C'est encore un point important de savoir si la syphilis de l'un des parens ou de tous deux, est récente ou ancienne. Les premiers enfans issus d'un mariage entre deux vénériens meurent avant la naissance ou peu de temps après; les derniers survivent, soit parce que la mère qui a perdu deux ou trois nourrissons renonce à allaiter, soit parce que réellement la dyscrasie syphilitique *s'use et s'épuise sur les premiers enfans.*

Mais on voit des particularités fort étonnantes sous ce rapport. Une femme avait eu des relations intimes avec un homme affecté de syphilis, et elle avait recueilli de ce commerce des symptômes non équivoques d'infection. Elle se maria avec un autre homme et eut de lui plusieurs enfans sains. Un dernier enfant qu'elle eut de son amant, à qui elle n'avait jamais entièrement renoncé, mourut d'une éruption syphilitique varioliforme. Une autre femme avait été traitée d'une affection vénérienne qu'elle avait reçue d'un homme qui ne présentait lui-même aucun symptôme local appréciable. A chaque grossesse, elle accouchait, vers le septième ou le huitième mois, d'un enfant mort qui portait des marques évidentes de syphilis. Elle eut enfin de cet homme un enfant vivant qui mourut dans la première année syphilitique au plus haut degré. Plus tard, elle eut, d'un autre homme, une fille saine et bien portante, quoique elle-même ne fût pas affranchie de la syphilis, et qu'elle eût éprouvé, durant sa grossesse, un gonflement douloureux du tibia qui l'empêchait presque de marcher. Une troisième femme, qui avait eu commerce avec un homme infecté, mais dont les organes génitaux ne présentaient plus aucun symptôme local, fut prise, pendant sa grossesse d'une inflammation avec suppuration des glandes axillaires. A cela près, elle jouissait d'une santé parfaite. L'enfant dont elle accoucha fut affecté, peu de mois après la naissance, d'ulcères chancreux dans diverses parties du corps, et mourut cachectique et émacié. La mère n'a jamais présenté le moindre symptôme de syphilis, et elle est morte plusieurs années après d'une fièvre aiguë.

D'après ces faits, M. Simon admet une dyscrasie vénérienne qui peut ne se trahir par aucun symptôme apparent, et qui néanmoins se transmet par co-habitation et par descendance. La syphilis, chez le père, exerce une influence moins fâcheuse sur l'enfant, parce qu'elle est corrigée par les humeurs saines de la mère. La syphilis traitée (refoulée) engendre non la syphilis, mais les scrofules et le rachitis qui peuvent s'étendre jusqu'à la seconde et à la troisième génération.

C'est un fait extraordinaire, et cependant incontestable, que la dyscrasie syphilitique frappe un enfant, épargne l'autre, et se montre de nouveau sur un troisième, bien qu'on n'ait pu remarquer aucune modification dans la santé des parens. J'ai traité, il y a huit ans, continue M. Simon, au moyen des frictions mercurielles, un jeune homme affecté d'ulcères secondaires à la gorge, sans pouvoir *déterminer une crise par la salivation*, de sorte que la maladie fut plutôt répercutée que guérie. Il se maria peu de temps après; son premier enfant vint au monde sain et robuste; les quatre suivans apportèrent en naissant des symptômes incontestables de dyscrasie syphilitique, et devinrent rachitiques et scrofuleux; l'un d'eux mourut dans un état d'atrophie. Probablement la maladie vénérienne avait été *refoulée* par le traitement qu'avait subi le père, et, lors de la génération du premier enfant, elle n'avait pas encore eu le temps de reprendre la funeste énergie qu'elle déploya sur les derniers nés.

Outre ces variétés individuelles, il en existe de générales. Les symptômes syphilitiques sont plus intenses, plus rebelles dans les grandes villes que dans les bourgs et les villages, dans les temps et dans les lieux où se font de grands mouvemens de troupes. C'est un fait reconnu, que la maladie vénérienne a été bien plus commune et bien plus grave en Allemagne pendant les dix ou douze premières années de ce siècle, qu'avant et après, et c'est ce qui explique la divergence d'opinions des médecins sur la nature et la sévérité du traitement. L'énergie et la transmissibilité de la dyscrasie vénérienne varie d'après les mêmes données générales.

M. Simon ne pense pas que la syphilis congéniale puisse demeurer latente jusqu'à l'âge de puberté, et ne se manifester qu'à cette époque. Bien moins encore croit-il qu'elle puisse ne se développer qu'au bout de vingt ou trente ans, comme l'affirment Sanchez et Roseinstein. Et toutes les historiettes officieuses dans lesquelles on attribue à la syphilis une origine si innocente et si reculée lui semblent dignes de la naïveté de ce bon Victorius, qui raconte sérieusement que certaines religieuses « *ex præsentè cœli statu atque ex statu humorum in eis putrescentium, cum statu imbecillium membrorum, malo fato, in gallicum cecidere morbum.* »

Girtanner affirme, en général, que la syphilis est plus facile à guérir chez les enfans que chez les adultes; toutefois, il convient que les enfans infectés au passage, lors de l'accouchement, guérissent plus difficilement que ceux qu'a infectés le lait de la nourrice. On a vu par ce qui précède que M. Simon porte un pronostic plus défavorable, qu'il base surtout sur l'excessive difficulté du traitement.

Il est dur d'infliger à la nourrice l'usage du mercure, quand elle n'est pas elle-même affectée de syphilis. Le mercure lui est inutile comme préservatif, puisqu'elle ne court aucun risque tant que l'enfant n'a pas d'ulcères dans la bouche et que le mamelon n'est pas gercé. D'ailleurs, un traitement mercuriel soutenu influe puissamment sur la qualité du lait, et modifie ses propriétés nutritives. On voit l'enfant dépérir autant du remède que du mal; quelquefois même il ne peut supporter le lait de sa nourrice et le vomit au bout de peu d'instans, ce qui rend l'alimentation et la médication aussi imparfaites l'une que l'autre.

Le calomel conseillé par Girtanner, à la dose d'un demi-grain chaque soir, ne saurait être continué long-temps à cause de son effet purgatif. La liqueur de Van-Swieten a moins d'inconvéniens, mais on doit lui préférer le bain de sublimé dosé graduellement et avec prudence. Les frictions avec l'onguent napolitain bien frais, et mitigé s'il est nécessaire, sont encore, si l'on ne néglige aucune des précautions requises en pareil cas, le moyen curatif le plus sûr et le moins dangereux.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Omodei).

(*Juillet et Août* 1835.)

Les cahiers de juillet et août, réunis en un seul volume, contiennent comme articles de fonds :

1° Un rapport de la clinique médicale du docteur *Chiappa*, de l'université de Pavie, pour les années 1832-33 et 1833-34; — 2° Une lettre du même médecin sur les fièvres intermittentes et sur leur traitement par le poivre noir; article théorique sur la nature essentielle de ces fièvres, dans lequel nous ne voyons point d'idées pratiques dignes d'être relevées ici; — 3° Un mémoire clinique, relatif à la syphilis, du docteur *Signoroni*, de l'université de Padoue, de 1830 à 1833; — 4° Une longue notice biographique et bibliographique sur *Filater*, professeur de l'université de Pavie, au seizième siècle, et sur *Girard Michel*, anatomiste de l'université de Parme; — 5° Extraction d'un fil de laiton hors de la vessie d'une femme, par le docteur *Bianchetti*.

Année 1832-33. — *Constitution médicale inflammatoire.*

Le docteur Chiappa produit à l'appui de sa théorie, quelques observations prises sur des sujets qui ont succombé dans sa clinique. Il les cite de préférence, parce qu'elles sont les plus instructives et incontestables, l'autopsie étant venu confirmer le diagnostic et le pronostic qu'il en avait portés.

Anasarque. — Une fille de seize ans tombe dans l'anasarque à la suite d'une fièvre quarte. Extrême petitesse et faiblesse du pouls. D'abord crême de tartre et sulfate de magnésie, tantôt seuls, tantôt associés au nitre et au tartre émétique; puis, gomme-gutte et jalap avec ou sans la scille; l'enflure se dissipe, mais revient quelque temps après et empire malgré tous les remèdes. On venait de renoncer à toute espèce de médicamens, lorsque tout à coup éclate une fièvre angioténique. La malade se sent si oppressée qu'elle demande en grâce qu'on lui tire du sang. Saignée du bras et couenne aussi épaisse que dans la plus vive pleurite. Le lendemain, répétition de la saignée et couenne encore plus épaisse. La suffocation accidentelle aggravée par l'enflure de tout le corps, la suppression de l'urine et une soif ardente emportent l'hydropique.

Autopsie. — D'une part épanchement considérable de sérosité dans les cavités du crâne, du thorax et de l'abdomen.

D'une autre part, traces de la plus vive inflammation dans tout le système artériel. Les parois des grosses artères, depuis la sortie du cœur jusqu'au delà de leurs principales divisions, d'un rouge cerise; les artérioles tellement injectées qu'elles forment çà et là des réseaux comme dans les parties enflammées des concrétions lymphatiques dans les cavités du cœur et les gros vaisseaux artériels où elles laissent des plaques qu'il est facile d'enlever avec la pointe d'un scalpel (1).

Fièvre intermittente anormale. — Un Suisse, âgé de quinze à seize ans, d'un tempérament sanguin et d'une complexion délicate, garçon d'écurie, et sujet à s'enivrer, éprouvait une fièvre intermittente dont les accès étaient irréguliers et duraient quelquefois plusieurs jours; il maigrissait de plus en plus et souffrait de tout le corps. On vit bien dès son entrée à l'hôpital que sa maladie était une fièvre intermittente, marquée sous les symptômes d'une diathèse phlogistique fixée principalement sur le cerveau et les viscères de la poitrine et du ventre. L'auteur voulait employer d'abord les antiphlogistiques les plus énergiques, tels que les émissions sanguines, d'autant plus qu'alors la constitution médicale était inflammatoire; mais il en fut détourné par des confrères qui lui conseillèrent de commencer par dédoubler cette maladie compliquée, en traitant d'abord la fièvre intermittente. Le sulfate de quinine échoua, comme on devait s'y attendre, le fébrifuge n'ayant pu être donné dans l'apyrexie. On en vint donc au grand remède de l'inflammation interne qu'on n'avait pu isoler, la saignée générale. Le sang se couvrit d'une couenne. L'indication était de revenir à la saignée; mais le malade très pusillanime jetait des cris à la vue de la lancette, et on eut toutes les peines du monde à lui tirer un peu de sang en sept ou huit fois, ce qui était insuffisant pour une inflammation si étendue et compliquée de paroxysmes portés jusqu'au délire. Le jeune suisse poussa l'entêtement et le dépit jusqu'à refuser les lavemens, toute espèce de

(1) Il eût été important de dire combien de temps après la mort l'autopsie avait été faite, de semblables altérations pouvant toujours être produites par la putréfaction. (*Note du Rédacteur.*)

nourriture ou de boissons qui pouvaient venir de la pharmacie. Enfin, il ne voulut prendre ni bouillon ni même de l'eau pure. Il passa ainsi les cinq ou six derniers jours de sa vie dans le délire et des douleurs spasmodiques au ventre et à la poitrine.

Autopsie. — Traces d'inflammation au cervelet et à la moelle épinière, dont les vaisseaux paraissaient injectés et presque variqueux; un peu de sérosité dans le péricarde et les cavités thorachiques. Les ventricules, les oreillettes et les gros vaisseaux contenaient des concrétions lymphatiques. Tous les viscères abdominaux avaient souffert de l'inflammation, surtout le foie qui était d'un volume considérable.

Fièvre puerpérale. — Suppression de lochies à l'issue d'un accouchement long et laborieux. La femme éprouve aussitôt une violente fièvre et des douleurs par tout le corps. Au bout de quelques jours, on la transporte à la clinique du docteur Chiappa: la lésion puerpérale était alors à son plus haut degré; tuméfaction du ventre et spasme douloureux au plus léger attouchement; fièvre très intense, forte céphalalgie et tendance à l'encéphalite, respiration anxieuse, constipation, urines limpides et d'une excrétion difficile. Saignées répétées et donnant toujours un sang couenneux. Malgré le traitement interne le plus antiphlogistique, léthargie, bouillonnemens de la poitrine, respiration sublime, ventre de plus en plus tendu et gonflé, suppression d'urines, mort le seizième jour de l'entrée à la clinique.

Autopsie. — Inflammation du cerveau, veines variqueuses et gorgées de sang. Sérosité dans les ventricules et entre les méninges avec quelques concrétions lymphatiques; poumons surchargés de sang et adhérens en quelques points, épanchement abondant de sérosité dans les cavités pectorales et le sac du péricard. Polypes dans les oreillettes, les ventricules et les gros vaisseaux à leur naissance du cœur; face interne des artères couleur d'un rouge cerise; abdomen tout rempli de sérosité lactescente et de matière gélatineuse; viscères en assez bon état, sinon le foie qui était très volumineux et çà et là enflammé; un peu de pus dans les veines iliaques.

Pleuro-pulmonie. — Un homme de vingt-six ans, d'une constitution athlétique, présente tous les symptômes de cette inflammation au plus haut degré. Dès l'invasion, saignées à haute dose. L'auteur ne croit pas avoir jamais vu une couenne aussi épaisse. On répète les larges saignées, en se réglant sur la vigueur du malade et sur la violence de l'inflammation (1). La maladie suit son cours sans apparence de mieux. Alors le médecin change de batterie: il administre le tartre stibié à haute dose, depuis six grains progressivement jusqu'à un gros, dans l'espace de vingt-quatre heures, et le malade n'a aucun vomissement; mais passé le quinzième jour, son état ne laisse plus d'espoir. Tympanite, langue sèche et noire, assoupissement et délire, et enfin le râle de la mort (2).

Autopsie. — Le poumon droit était converti en pus, contenu dans un kyste. Derrière cet abcès, il y avait quatre côtes et autant de vertèbres cariées. Nous pensons que le poumon n'était point converti en pus, mais refoulé, comprimé et collé au dessus et en dehors du kyste contre la colonne vertébrale.

Le docteur Chiappa déclare qu'il n'a jamais pu tirer aucun parti du stéthoscope, et qu'apparemment *Laennec* et ses disciples se sont réservé le secret d'en faire usage. « Triste et « pauvre médecin, ajoute-t-il, est celui qui a « besoin de cet instrument pour reconnaître « les maladies de poitrine! Triste et pauvre « médecin s'il ne sait pas découvrir la vraie « condition de ces maladies, en appréciant « leurs symptômes et leurs causes! »

Nous passons sous silence deux autres observations dans le même sens: l'une sur l'hypochondrie et l'autre sur la pélagre, en regrettant que l'auteur ne nous dise pas s'il a secondé les effets de la phlébotomie par les sangsues et les topiques.

Année 1833-34. — *Constitution médicale nerveuse.*

Au lieu d'observations complétées par l'autopsie, le docteur Chiappa se contente de marquer le coup de la constitution médicale nerveuse par trois caractères principaux: 1° lenteur très remarquable du pouls; 2° caillot de consistance gélatineuse et se confondant avec le sérum au moindre mouvement du vase; 3° urine limpide et abondante.

Le médecin de Pavie recommande aux chirurgiens de faire grande attention à l'influence de l'air, et de ne pas pratiquer d'opérations

(1) At in morbis acutis sanguinem detrahes, si vehemens fuerint morbus, et qui ægrotans ætate florenti fuerint et virium robore valuerint.
(Hipp., *De rat. vict. in morb. acut.*)

(2) Notre Ambroise Paré se trouva dans un embarras semblable, et voici comme il s'en tira: Un homme, âgé de vingt-huit ans, vigoureusement constitué, fait une chute sur la tête. On lui tire quatre palettes de sang. Le lendemain de l'accident, Paré « voyant les accidens si grands et la force et « vertu du patient bonne, réitère la saignée et lui « tire quatorze palettes pour cette fois. Puis, le jour « suivant, voyant que la fièvre ni aucun des acci- « dents ne s'estaient nullement diminuez, mais « plustôt estaient augmentez, réitère la saignée et « lui tire derechef quatre palettes, qui étaient « vingt-deux. Et, le lendemain, voyant encore les « accidents n'estre diminuez, fut encore d'avis de « resaigner, ce que n'osai le faire seul, vue la « grande évacuation qu'on avait jà faite, et alors « prie monsieur Violenne, docteur régent de la fa- « culté de médecine, homme docte, savant et de « bon jugement, pour voir le patient, lequel subit « lui avoir touché le poux, le trouvant fort robuste, « et voyant pareillement à l'œil la grande tumeur et « l'impétuosité et véhémence de l'inflammation, fut « d'avis que promptement fût saigné, et lui ayant « dit que jà avois tiré vingt-deux palettes, en usa « de ces mots: *Esto qu'on lui en eust tiré davantage,* « *si est-ce qu'il lui en faut encore tirer*, attendu que « les deux indications principales qui nous indiquent « à faire la saignée estoient présentes, à savoir la « grandeur de la maladie présente et la force et vertu « du patient, ce donc fus bien joyeux, et soudain « lui en tire encore trois palettes en sa présence, et « lui voulois tirer davantage, ce qu'il remit à l'a- « près-dînée où je lui en retire encores deux qui font « vingt-sept palettes qui furent tirées audit patient « en quatre jours. » De ce moment la guérison fut décidée. (*Second livre des plaies en particulier.*)

majeures, à moins d'une nécessité urgente, sous le règne d'une constitution médicale capable de changer la condition de la plaie et de la fièvre traumatique. N'est-il pas vrai que si vous incisiez un abcès, ouvriez un cautère, ou faisiez des scarifications à une ventouse, dans une vaste salle infectée de pourriture d'hôpital, vous occasioneriez cette gangrène?

Extraction d'un fil de laiton hors de la vessie d'une femme, au moyen d'un instrument de nouvelle invention, par le docteur Vincenzo Bianchetti.

Une fille de seize ans éprouvait de temps à autre un prurit insupportable dans l'urètre, et pour se soulager, elle agitait à chaque instant dans le canal un gros fil de laiton, qui lui servait à tenir les tresses de ses cheveux. Un jour le fil de laiton lui échappa, et elle ne put le retirer avec les doigts: elle essaya de le faire remonter à l'aide d'une longue aiguille boutonnée; mais au contraire, elle le précipita dans la vessie. Le lendemain, le docteur Bianchetti fit l'extraction du corps étranger par un procédé de son invention.

Une grosse sonde reçoit pour mandrin une tige à deux branches, qui lui forme un bec arrondi. La fille couchée sur le bord du lit, les cuisses fléchies et écartées, l'opérateur introduit l'instrument dans la vessie et pousse la tige dont les branches s'écartent en sortant de la canule et sont susceptibles d'être rapprochées et tenues serrées par une vis. A l'aide de cette tenette, il va à la recherche du fil de laiton, le rencontre, le saisit avec les mors garnis d'aspérités et retire le tout le long de l'urètre.

Le corps étranger a la figure d'une pince à deux branches d'inégale longueur: l'une de quatre pouces et l'autre de trois. Il avait été saisi vers sa partie moyenne et s'était trouvé assez flexible pour être replié.

L'auteur parle d'un autre cas d'exérèse dont il a été témoin. Une grosse aiguille étant tombée dans la vessie d'une femme, le professeur Ruggeri ne voulut pas tenter immédiatement de l'extraire, craignant de la prendre en travers. Il voulut voir ce que la nature pourrait faire. Le corps étranger se fit jour par le vagin, et bientôt on le sentit sous la peau. Rien ne fut plus facile alors que de le retirer.

Atonie palpébrale guérie par l'usage externe de l'huile de croton; grand et prompt soulagement. Observation du docteur Campanelli.

Un homme de cinquante-sept ans, pléthorique, était affecté à la paupière supérieure de l'œil droit d'un relâchement tel, que la cornée transparente reste presque entièrement recouverte, si bien qu'il était obligé de relever avec le doigt cette paupière pour se servir de cet œil. Le docteur Campanelli se souvenant d'avoir vu guérir une paralysie de la face par l'huile de croton, étendit quatre gouttes de cette huile sur la paupière et le sourcil. Il survint à l'instant un érysipèle au côté droit de la face. Des fomentations émollientes le dissipèrent. Ensuite parut une éruption de pustules confluantes qui en peu de jours se séchèrent et tombèrent par écailles. Alors la paupière recouvra tout son ressort et ses mouvemens.

Pierre utérine.

Une fille de sept ans, à fibre molle et leucophlegmatique dès ses premières années, avec obstruction au foie, commença à éprouver de temps en temps des douleurs lancinantes au ventre. L'auteur reconnut une ascite volumineuse et le marasme. Le médecin ne donnant pas assez d'espoir, un charlatan, oncle de la malade, entreprit de la guérir en lui faisant prendre une décoction de mille feuilles, avec laquelle il avait fait rendre des calculs. Au bout de trois mois, à la suite de plusieurs spasmes, quelque chose de volumineux se présenta dans le vagin. On croyait que c'était une descente de matrice, lorsque pendant l'exploration, tout à coup la tumeur se creva avec bruit, et un flot de liquide éteignit la lumière. Ensuite on trouva dans le lit une pierre rugueuse, grosse comme un œuf de pigeon et pesant sept gros deux scrupules. Les parties sexuelles en avaient été meurtries, et il était resté dans le vagin des débris de membranes et un écoulement d'humeurs muqueuses. Parois du ventre à l'état normal, engorgement et excès de volume à la rate et aux glandes du mésentère, reconnaissables par la palpation. Fomentations de décoction de camomille; même décoction aiguisée avec le nitre pour boisson.

Fracture du col du fémur, consolidée par le docteur Antonelli, *chirurgien-major de l'hôpital civil de Navarre.*

Un caporal de vétérans, âgé de cinquante-huit ans, fit une chute sur le trocanter gauche; il essaya de se relever, mais on fut obligé de le transporter à l'hôpital, où la fracture du col du fémur fut aussitôt reconnue. On laissa le membre pendant dix jours dans la demi-flexion. Alors on procéda à l'application du bandage. Le docteur Campanelli commença par assurer le coucher sur un plan uni et invariable au moyen de planches fixes entre le sommier et le matelas; puis, il passa une bande autour du membre blessé, depuis le pied jusqu'au grand trocanter, qu'il recouvrit d'une compresse épaisse avant de le comprimer en allant contourner le bassin. Un bandage roulé fut aussi appliqué sur le membre sain. On plaça entre l'un et l'autre, dans toute leur longueur, un coussin rempli de son. Ces dispositions prises, on procède à la réduction et au maintien de la fracture. Pendant que des aides font l'extension et la contre-extension, l'opérateur serre ensemble les deux membres contre le coussin avec une large bande qui prend depuis les malléoles jusqu'à la hauteur et autour du bassin. Au bout d'un mois, il raffermit son bandage en emmaillottant l'appareil dans un drap sanon passé trois fois sur les genoux et les hanches. La coaptation ayant ainsi duré deux mois, sans qu'il fût survenu le moindre accident, on enleva toutes

les pièces d'appareil. Point d'excoriation, nulle meurtrissure; seulement, un peu d'amaigrissement aux membres, d'empâtement vers les malléoles, et quelque rigidité aux articulations, comme cela arrive toujours en pareil cas. Un mois d'exercice et des frictions huileuses aromatiques eurent bientôt rétabli le membre à son état normal, sans raccourcissement ni claudication. L'auteur attribue l'efficacité de son appareil : 1° à ce qu'il maîtrise toute la force musculaire ; 2° à ce qu'il maintient les fragmens en parfait contact et le membre dans l'immobilité invariablement; et quand même il resterait un léger raccourcissement aux personnes âgées, qu'on sait être les plus sujettes à cet accident, ne vaudrait-il pas mieux encore les guérir par une méthode aussi douce, que de les tourmenter l'espace de plus de deux mois pour les faire marcher aussi droit qu'à la fleur de l'âge?

V. O. G.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 10 novembre 1835.

M. J. Guérin lit un mémoire sur une nouvelle méthode d'opérer le redressement des déviations latérales de l'épine.

Le mémoire de M. Jules Guérin se compose de trois parties. Dans la première, l'auteur rappelle les différens moyens mécaniques qu'on a proposés jusqu'ici pour combattre les déviations latérales de l'épine : tous ont eu pour objet de pratiquer l'extension de l'épine suivant sa longueur, en associant à cette action principale des pressions latérales au niveau de la convexité des courbures. Cette méthode, que l'auteur appelle l'*extension parallèle*, offre beaucoup d'inconvéniens. Le premier, d'où résultent tous les autres, c'est qu'elle emploie les forces de la manière la plus défavorable, en ce sens que la plus grande partie est perdue suivant la longueur de l'épine, et la partie la plus faible seulement employée à redresser les courbures. Dans la majorité des cas qui sont du ressort de l'orthopédie, d'après les calculs auxquels M. Guérin s'est livré, les forces perpendiculaires ou actives seraient aux forces parallèles ou perdues, environ comme 1 est à 6. Cette proportion décroît sans cesse à mesure que les courbures diminuent, de manière que plus l'épine se redresse, plus la somme des forces perdues est considérable, et par conséquent plus il faut employer d'efforts pour vaincre les derniers degrés des difformités. M. Jules Guérin fait remarquer que les forces perdues suivant la longueur de l'épine ne sont pas sans action; qu'elles sont employées à distendre les moyens d'union des vertèbres. Il conclut de ce premier fait que l'extension parallèle de l'épine, quand elle n'est pas combinée à d'autres agens capables d'en détruire plus ou moins les inconvéniens, relâche outre mesure les ligamens, les fibro-cartilages, les muscles appartenant aux articulations de la colonne; prédispose cette dernière aux rechutes, efface les courbures antéro-postérieures, et, ce qui est plus grave, n'exerce aucune action sur le côté convexe des courbures, pour diminuer le surcroît de développement qui se remarque dans les fibro-cartilages et même dans le tissu des vertèbres de ce côté. Ce dernier inconvénient de l'extension parallèle est, aux yeux de M. J. Guérin, la cause la plus fréquente du retour des difformités après un long traitement. La gymnastique bien dirigée peut, jusqu'à un certain point, prévenir les rechutes; mais elle est généralement employée avec trop peu de discernement pour produire cette compensation.

Quelques auteurs avaient déjà essayé d'une autre direction. Bamphield en Angleterre, Delpech en France, et M. Mayor de Lausanne avaient proposé quelques moyens dont les principes d'action différaient sous quelques rapports des principes de l'extension parallèle; mais l'expérience n'a rien conservé de leurs essais, si ce n'est quelques applications secondaires. Cependant M. J. Guérin rapporte à ces auteurs et à M. Mayor de Lausanne en particulier les premières idées de la méthode qu'il vient proposer.

L'exposition de cette méthode fait l'objet de la seconde partie du mémoire de M. Guérin.

« Que s'agit-il dans le traitement des déviations latérales de l'épine considéré sous le rapport mécanique? de redresser une tige courbe en un ou plusieurs points. Si l'on donne ce problème à résoudre dégagé de toutes les circonstances organiques qui en cachent la simplicité, et qu'on le réduise au simple fait d'une tige courbée à rendre droite, il n'est pas d'homme si peu éclairé, qui avec le secours d'une expérience vulgaire ne présente une solution plus satisfaisante que toutes celles qu'on a proposées jusqu'ici. Que fera cet homme en effet? à la place de l'épine mettez-lui entre les mains un bâton courbe, mais flexible. Il ne s'y prendra pas à coup sûr en tirant sur les deux extrémités et suivant sa longueur; il fixera les deux bouts du bâton de chaque main, et l'appliquant sur le genoux, du côté convexe, il tirera perpendiculairement sur chacune de ses extrémités de manière à produire une courbe directement opposée à celle qu'il veut redresser. Il ne se bornera pas d'ailleurs à ramener le bâton aux limites de la ligne droite, parce que l'expérience lui a appris que pour obtenir un redressement complet et permanent, il faut produire une courbe en sens contraire de la courbe existante, afin de vaincre la force qui tend à se reproduire quand on se borne à n'opérer le redressement que jusqu'aux limites de la ligne droite.

Voilà, dit M. J. Guérin, ce qu'on ferait vulgairement pour redresser toute espère de courbe flexible et incomplétement élastique; et voilà ce que j'ai cherché à rendre praticable pour le traitement des courbures de l'épine. La méthode que je vais proposer et que j'appellerai l'*extension sigmoïde*, con-

siste donc à substituer des courbures pathologiques, de manière à donner à la colonne la forme d'un S dans un sens directement opposé à l'S que représente ordinairement la déviation pathologique.

M. J. Guérin donne ensuite la description de l'appareil au moyen duquel il a réalisé sa méthode. Cet appareil consiste en un châssis principal en fer long de six pieds, large de dix pouces, supporté par quatre montans en bois; sur ce châssis fixe sont placés deux autres châssis mobiles de hauteur différente, et recouverts par trois coussins, dont le moyen fixe s'appuie sur deux barres parallèles dans l'étendue de cinq pouces, et empiète d'autant sur les extrémités correspondantes des châssis supérieur et inférieur. Ceux-ci, horizontalement mobiles en sens inverse, ont leur centre de mouvement sur une même ligne transversale; le premier, au sommet de son angle inférieur gauche; le second, au sommet de son angle supérieur droit. Ils décrivent des arcs de cercle : le supérieur, de gauche à droite, et l'inférieur de droite à gauche, en laissant chacun, entre le coussin moyen et leur bord correspondant, un angle dont le sommet est à droite pour le coussin supérieur, et à gauche pour le coussin inférieur. Au niveau à peu près du sommet de ces deux angles sont deux points d'appui sous forme de plaques rembourrées, lesquelles, mobiles de haut en bas et sur leur axe de support, présentent du côté de l'appareil une double courbure à concavité dans le sens vertical et à convexité dans le sens horizontal; elles peuvent être avancées vers le milieu de l'appareil, rapprochées de ses bords et relevées d'arrière en avant. Les châssis supérieur et inférieur sont mis en mouvement au moyen de deux crémaillères horizontales placées à leur extrémité libre, et formant des arcs appartenant aux cercles décrits par les châssis eux-mêmes.

Cet appareil est construit pour une déviation latérale double à droite en haut, et à gauche en bas. On couche le sujet sur l'appareil de manière à loger la moitié de la tête dans le casque qui termine le châssis supérieur : on fait correspondre le côté convexe des deux courbures aux deux plaques d'appui; on fixe le sujet par la tête, au moyen d'un collier à lanières reçues dans des boucles placées au pourtour de la demi-circonférence antérieure du casque; une ceinture rembourrée, embrassant les hanches, donne naissance de chaque côté à deux courroies qui viennent se fixer à un ressort transversal placé au bas du châssis inférieur, et font la contre-extension. Le sujet étant ainsi maintenu, on tourne la manivelle correspondant à la crémaillère inférieure; le châssis inférieur de l'appareil décrit un arc de cercle de droite à gauche, entraînant avec lui les membres inférieurs, le bassin et la portion lombaire de l'épine. Le flanc gauche étant appliqué contre la plaque d'appui inférieure, la colonne vertébrale se courbe dans le sens de cette plaque et en s'appuyant sur elle, c'est-à-dire dans le sens opposé à la courbure qu'elle présentait.

On produit un résultat analogue, mais en sens inverse, en tournant la manivelle correspondant à la crémaillère supérieure. La tête et la partie supérieure du thorax dévient obliquement de gauche à droite; les côtes arrêtées par la plaque d'appui supérieure sont refoulées de droite à gauche, et forcent l'épine à se courber de gauche à droite. Pour que ce résultat s'opère complètement, il est nécessaire qu'une courroie rembourrée partant du sommet du coussin supérieur et de sa partie moyenne, passe derrière l'épaule gauche du sujet et vienne, en se réfléchissant obliquement sur le côté du thorax, se fixer à une tige qui descend au niveau de la base du sternum. Cette courroie a pour but de maintenir le thorax dans des rapports invariables avec le coussin supérieur et le force ainsi à suivre son mouvement de déviation latéral. Sans cet auxiliaire, la traction se porterait principalement sur la tête, et l'épine ne se courberait qu'au niveau de la région cervicale.

La troisième partie du mémoire de M. J. Guérin est consacrée à l'examen des avantages qu'il croit pouvoir assigner à sa méthode, laquelle a précisément pour objet d'éviter les inconvéniens qu'il a reprochés à l'extension parallèle. Il traite ensuite des indications et contributions à l'emploi de l'extension sigmoïde par rapport à la méthode précédente, et signale quelques uns des cas où l'extension parallèle conservera en tout ou en partie son intervention. Il termine par quelques considérations générales sur l'esprit d'analyse qui doit présider à la thérapeutique des difformités de l'épine.

Sont nommés commissaires pour examiner ce mémoire et rendre compte des expériences de l'auteur: MM. Amussat, Double, Guersent, Ribes, Pariset, Réveillé Parise et Lisfranc.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XXV. — Le cerveau et l'origine des nerfs.

A, A, les lobes antérieurs du cerveau; B, B, les lobes moyens; C, C, les lobes postérieurs; D, D et E, E, la face inférieure des lobes antérieurs et moyens du cerveau; F, F, face inférieure du cervelet ou lobe cérébelleux; G, G, protubérance annulaire ou pont de varole, ou mésocéphale; H, H, moelle alongée; A', C', extrémités antérieure et postérieure de la grande scissure hémisphérique;

e, e, e, e, contour de la scissure de Sylvius; *f, f, f, f*, contour de chaque moitié du cervelet; *g, g*, petite portion de la substance du cervelet, qu'on peut appeler *colonne*; *h*, autre petite portion nommée *touffe*; *i*, commissure des nerfs optiques; *k*, tige pituitaire séparée de son corps; *l, l, tuber cinereum* ou tubercule cendré; *m, m*, tubercules mamillaires; *n, n, n, n*, les prolongemens antérieurs de la moelle; *o, o*, espace quadrangulaire perforé; *p*, espace triangulaire perforé; *q, q*, prolongemens postérieurs de la protubérance; *r, r, r, r*, pyramides antérieures de la moelle; *s, s, s, s*, corps olivaires; *t, t, t, t*, corps *restiformes* ou pyramides postérieures;

1, 1, nerfs olfactifs; 2, 2, 2, 2, nerfs opti-

ques; 3, 3, nerfs moteurs oculaires communs; 4, 4, nerfs pathétiques; 5, 5, nerfs tri-faciaux ou tri-jumeaux; 6, 6, nerfs moteurs oculaires externes; 7, 7, nerfs fasciaux; 8, 8, nerfs acoustiques; 9, 9, nerfs glosso-pharyngiens; 10, 10, nerfs pneumo-gastriques; 11, 11, nerfs spinaux ou accessoires de Willis; 12, 12, 12, 12, 12, 12, racines du nerf grand hypoglosse. Les autres racines qui se voient devant et derrière la moelle appartiennent aux nerfs spinaux.

—

Pl. XXVI. — La base du crane et le passage des nerfs a travers la dure-mère.

A, A, les fosses cérébrales antérieures; B, B, les fosses cérébrales moyennes; C, C, les fosses postérieures ou cérébelleuses; D, grand trou occipital;

a, a, a, a, a, a, le bord libre des apophyses d'Ingrassias; *b, b, b,* le bord supérieur du rocher; *c, c, c, c, c,* coupe de la tente du cervelet au dessus du rocher et au devant des sinus latéraux; *e,* ouverture du sinus droit, et *f, f,* ouvertures du sinus longitudinal supérieur, dans le confluent des sinus; *g, g,* apophyses cristogalli; *h, h,* apophyses clénoïdes antérieures; *i, i,* apophyses clénoïdes postérieures; *k, k,* saillies condiliennes internes de l'occipital; *l, l,* artères carotides internes coupées, et *m, m,* artères ophtalmiques qui en naissent; *n, n,* sinus coronaire; *o,* tige pituitaire coupée;

1, 1, nerfs olfactifs; 2, 2, nerfs optiques; 3, 3, nerfs moteurs oculaires communs; 4, 4, nerfs pathétiques; 5, 5, nerf tri-facial ou tri-jumeau; 6, 6, nerf moteur oculaire externe; 7, 7, nerf facial; 8, 8, nerf acoustique; 9, 9, nerf glosso-pharyngien; 10, 10, nerf pneumo-gastrique; 11, 11, nerf spinal; 12, 12, nerf grand hypoglosse.

Pl. XXVII. — L'aisselle vue par devant (plan supérieur et superficiel).

(*Côté droit, grandeur naturelle.*)

A, B, C, les parties postérieure, latérale et antérieure du cou; D, le sternum; E, le mamelon droit; F, saillie du grand pectoral; F', saillie des muscles grand dorsal et grand rond; G, creux de l'aisselle; H, saillie des muscles internes du bras; H', H'', saillie des muscles grand pectoral et deltoïde; I, l'acromion: K, K, saillie claviculaire;

a, a, a, a, a, b, b, coupe des tégumens;

1, 1, le muscle peaucier, coupé; 2, 2, 2, coupe de la portion claviculaire du grand pectoral; 3, 3, 3, la même portion renversée; 4, 4, 4, portion sternale du grand pectoral; 4', 4, 4, 4, muscle sous-clavier, enveloppé de fibres aponévrotiques; 5, 5, bord antérieur du muscle deltoïde; 6, 6, 6, 6, muscle petit pectoral; 7, 8, base et sommet de l'apophyse coracoïde; 9, 9, muscle premier intercostal couvert d'aponévroses; — 10, l'un des nerfs du plexus brachial; 11, l'artère axillaire; 12, la veine axillaire; 13, veine céphalique arrivant dans l'axillaire après avoir reçu les veines pectorale et de l'acromion; 14, artère née de l'axillaire et allant aux muscles grand pectoral et deltoïde; 15, autre artère descendant aussi vers les muscles pectoraux; — 16, 16, 16 et 17, 17, nerfs thoraciques.

—

Pl. XXVIII. — Région poplitée inférieure et profonde.

(*Côté droit, grandeur naturelle.*)

A, C, B, le dedans, le dehors et la partie postérieure de la cuisse; D, E, saillies des genoux beaucoup plus fortes en dedans qu'en dehors; F, H, G, le dedans, le dehors et la partie postérieure du mollet;

a, a, a, a, a, a, coupe des tégumens;

1, 1, extrémité inférieure du muscle demi-tendineux; 2, 2, muscle biceps fémoral; 3, 3, 3, 3, 3, muscle jumeau interne; 4, 4, 4, 4, muscle jumeau externe; 5, 5, 5, 5, muscle plantaire grêle; 6, 6, 6, 6, muscle soléaire; 7, 7, 7, muscle poplité; — 8, tissu graisseux cachant l'attache supérieure des muscles plantaire grêle et jumeau externe; — 9, 9, 9, nerf poplité interne; 10, 10, nerf poplité externe; — 11, 11, 11, 11, artère poplitée; 12, 12, 12, veine poplitée.

—

Pl. XXIX. — Veine saphène externe.

(*Côté droit, grandeur naturelle.*)

A, B, la partie antérieure de la jambe et du coude-pied; C, le dos du pied près des orteils; D, le dessous du pied; E, la plante du pied; F, le talon; G, le tendon d'Achille; H, la partie postérieure de la jambe; I, K, ligature faite pour la saignée des saphènes interne ou externe; L, saillie de la malléole externe; M, insertion du tendon d'Achille;

a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, veines de la partie supérieure et extérieure du pied, allant en *l, l,* former le tronc de la saphène externe et postérieure.

—

Pl. XXX. — Le ligament falciforme ou de Gimbernat.

(*Côté droit, grandeur naturelle.*)

A, B, C, le flanc, le côté du ventre et le nombril; D, E, F, la ligne blanche, le pénil et le pénis; G, la bourse droite; H, I, K, le dedans, le devant et le dehors de la cuisse; L, M, niveau du trochanter et de la crête iliaque; N, l'épine iliaque antérieure et supérieure; O, saillie du couturier; P, Q, pectiné et adducteur;

a, a, a, a, a, a, coupe de la peau; *b, b, b,* lambeau de peau renversé; *c, c,* ganglion et fascia superficiels; *d, d, d, d,* ligament de Poupart; *e, e, e, e, ligament de Gimbernat; f,* épine pubienne; *g,* cordon spermatique; *h,* pilier supérieur de la fente inguinale; *i, i, i,* aponévrose du grand oblique; — *k, l,* la veine et l'artère crurale; *m,* le nerf crural; *n,* artère circonflexe iliaque; *o, artère épigastrique; p,* veine épigastrique; *q,* veine saphène crurale; *r, r,* ganglions lymphatiques; *s, s, s,* feuillet postérieur du canal crural.

Dr. *Jacques* Lebaudy.

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VII. — JANVIER 1836.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

Le sulfure de chaux, en frictions dans la paume des mains, guérit toutes les maladies chroniques éruptives de la peau, telles que les dartres, la teigne, etc.

Les maladies chroniques de la peau, telles que les dartres, la teigne, etc., ont été l'objet d'un grand nombre de descriptions, de classifications et de théories.

D'innombrables remèdes ont été proposés pour leur guérison.

Chacune de leurs espèces, chacune de leurs formes ont été et sont encore l'objet de prescriptions particulières.

Cependant l'hôpital Saint-Louis de Paris, où l'on n'a reculé devant aucune difficulté pour réaliser, à ce sujet, toutes les idées des médecins qui le dirigent; où l'on a réuni tous les objets, tous les appareils; où l'on a essayé depuis long-temps et où l'on emploie chaque jour tous les moyens proposés contre ces maladies; l'hôpital Saint-Louis, malgré d'immenses services rendus, témoigne encore de tout ce qui reste à faire, puisque de nombreux malades, après de très longs traitemens, en sortent non guéris, et que d'autres y rentrent après des guérisons qui n'ont été que momentanées.

La carrière n'était donc pas fermée. On ne saurait trouver mauvais le désir d'y marquer utilement son passage.

I.

Vers la fin de 1820, je fus consulté par un officier en retraite (1) qui, depuis deux ans, portait au bras gauche, depuis l'épaule jusqu'au poignet, une dartre squammeuse humide qui faisait le tourment de sa vie.

Malgré l'usage continuel de bains et de cataplasmes mucilagineux et opiacés, l'inflammation, la démangeaison, la cuisson et la douleur, entretenues par une suppuration âcre et des plus abondantes, ne laissaient au malade aucun instant de repos.

Une toux sèche, de la difficulté à respirer, de l'amaigrissement annonçaient une réaction puissante sur les organes de la respiration et persuadaient, avec quelque raison, au malade, qu'il était atteint de phthisie pulmonaire.

On avait épuisé pour lui toutes les ressources connues de la médecine. Les médicamens antipsoriques surtout lui avaient été prodigués, parce qu'il avait eu plusieurs fois la gale pendant le cours de ses campagnes.

J'avais essayé moi-même, pendant plusieurs mois, mais sans aucun succès, un grand nombre de moyens.

Je fis préparer alors, avec huit parties d'axonge et une partie de sulfure de chaux, un onguent analogue aux linimens employés dans le traitement de la gale par les docteurs Louis Valentin et Pihorel, et comme l'inflammation du bras de mon malade s'opposait à l'application immédiate de ce médicament, je le fis employer à la dose d'un gros, en frictions dans la paume des mains, pendant un quart d'heure matin et soir.

Pendant ce traitement, sur lequel je n'avais fondé que de bien légères espérances, tous les symptômes énoncés ci-dessus diminuèrent progressivement, et au bout de deux mois, ils avaient complétement disparu; et pendant onze années que j'ai eu l'occasion fréquente de revoir cet officier, à la suite de ce traitement, il s'est toujours fort bien porté.

Cette guérison, aussi remarquable qu'inespérée, me fit désirer et chercher ardemment des occasions d'en renouveler l'épreuve. Ces occasions furent trop rares d'abord, et je fus d'ailleurs trop mal encouragé par ceux de mes confrères auxquels je communiquai mes premières observations, pour en faire l'objet d'une publication.

Mais aujourd'hui que des faits nombreux et irrécusables, scrupuleusement observés pendant plus de douze années, prouvent le succès constant de cette médication, je n'hésite plus à les publier.

II.

Le second dartreux soumis au même traitement fut un bijoutier de Versailles (1) qui, depuis trois mois, avait au menton une dartre pustuleuse qui avait résisté à l'usage des lotions de sulfure de potasse. Il fut parfaitement guéri après trois mois de frictions dans les mains avec la pommade de sulfure de chaux.

III.

Un horloger (2), demeurant alors à Paris, rue des Boucheries-Saint-Germain, n° 32, avait, depuis dix ans, sur toute la moitié droite de la poitrine, une dartre furfuracée, pour laquelle il n'avait suivi aucun traitement et qui disparut i

(1) M. le capitaine Chirot, aujourd'hui employé de l'administration des finances aux Carrières-Charenton.

(1) M.

(2) M. Santt, aujourd'hui à Blois.

complétement en vingt-sept jours, après cinquante et quelques frictions.

IV.

Un employé au Palais-de-Justice de Paris (1) avait aussi, depuis au moins dix ans, tout le corps, excepté la tête et les mains, couvert d'une dartre furfuracée, qui fournissait chaque jour, par le plus léger frottement, une quantité énorme de débris de l'épiderme.

Il était en outre attaqué depuis long-temps, deux ou trois fois par mois, de coliques excessivement violentes, et sa constitution visiblement s'altérait de jour en jour.

Après quatre-vingts frictions, il fut entièrement débarrassé de son éruption; ses coliques ne tardèrent pas à disparaître en entier, et dix ans après, sa santé n'avait pas cessé, depuis lors, d'être satisfaisante.

V.

Un porteur d'eau (2) avait depuis plusieurs années la tête, les oreilles, le cou et les épaules rongés par des dartres croûteuses et ulcérées, qui avaient résisté à l'emploi d'un grand nombre de moyens, et qui furent parfaitement guéries au bout de sept mois.

VI.

Un jeune élève de l'école militaire de La Flèche (3) avait, depuis son enfance, le nez et la lèvre supérieure énormément déformés par une dartre, dont l'aspect faisait craindre une complication scrophuleuse. Des taches blanchâtres et épaisses s'étaient peu à peu formées sur les yeux et avaient diminué la vue de manière à faire craindre un aveuglement complet.

L'application d'un séton au cou avait, pendant quelques mois, diminué ces symptômes, qui restèrent enfin stationnaires malgré l'entretien de ce douloureux exutoire.

Après huit mois de frictions dans les mains, le nez et les yeux étaient parfaitement guéris; le séton était supprimé, et cinq ans après, la santé de cet enfant n'avait pas cessé d'être parfaite.

VII.

Un bijoutier (4) avait, depuis quatre ans, sur les deux avant-bras, de larges dartres écailleuses qui avaient résisté à un long traitement subi à l'hôpital Saint-Louis, et qui furent complétement guéries après huit mois de frictions.

VIII.

Un concierge de la rue de la Michodière, à Paris (5), âgé de soixante-quinze ans, avait, depuis trois ans, des dartres furfuracées sur tout le corps et des ulcérations aux jambes, qui lui causaient les plus cruelles démangeaisons. Il avait subi, sans le moindre avantage, de longs traitemens à l'hôpital Saint-Louis. Il fut guéri après trois mois d'usage du sulfure de chaux.

Je dois dire qu'à la suite de cette guérison il eut une grave inflammation des poumons et de l'estomac, que l'on ne manqua pas d'attribuer à la guérison de ses dartres, et à laquelle, heureusement, il ne succomba pas.

Je dois dire en outre que quatre ans après, à la fin de 1828, et à l'âge de 79 ans, il éprouva de nouveau une éruption à peu près semblable à la première; qu'il alla encore passer quelque temps à l'hôpital Saint-Louis, qu'il en sortit encore sans être guéri, et qu'il ne recouvra sa santé qu'après deux mois d'usage du sulfure de chaux.

Mais une attaque d'apoplexie, dont pourtant il ne mourut pas, vint une seconde fois compromettre un instant la réputation du remède.

Depuis lors, je ne l'ai plus revu, mais je sais qu'il vivait encore en 1830.

IX.

Un professeur de danse (1), à Paris, avait, depuis vingt ans, des dartres furfuracées qui avaient résisté à de nombreux traitemens. Les sourcils et les mains étaient surtout, à son grand désespoir, devenus le siége de cette éruption. Dix mois suffirent à sa guérison.

X.

Une demoiselle (2) avait, depuis quatre à cinq ans, une dartre pustuleuse, dont les démangeaisons étaient si vives, si continues, si impérieuses et si malheureusement placées, qu'il lui était, pour ainsi dire, impossible de sortir de chez elle. Un médecin de l'hôpital Saint-Louis (3) lui avait, sans aucun succès, donné ses soins depuis l'apparition de ce mal, et les miens ne furent suivis d'une guérison parfaite qu'au bout de quinze mois. Quatre ans après, elle jouissait encore d'une santé parfaite.

XI.

Un ouvrier sellier (4) avait, depuis sept ans, de nombreuses dartres squammeuses orbiculaires répandues sur tout le corps et qui disparurent après quatre mois de traitement.

XII.

Une demoiselle de boutique, chez un confiseur (5) de la rue des Lombards, à Paris, avait, depuis dix ans, à la main gauche, des dartres furfuracées arrondies qui furent guéries dans l'espace de quarante jours.

XIII.

Une jeune fille (6), à Versailles, avait, depuis quatre ans, à la suite d'une grande frayeur, tout le corps couvert de dartres croûteuses qui furent guéries dans l'espace de trois mois.

(1) M. Fessin, concierge du tribunal civil.

(2) Jean Goza, rue Thiroux, n° 11, à Paris.

(3) Le fils de M. Taverne, directeur du haras de Brenne.

(4) M. Belorgé, alors rue d'Argenteuil, n° 15, à Paris.

(5) M. Derbier, n° 4.

(1) M. de Saint-Martin, professeur au pensionnat des *Petits-Oiseaux*, rue de Sèvres.

(2) Mademoiselle Bidault, rue Saint-Anastase, n° 7, au Marais.

(3) M. Vallerand de la Fosse.

(4) Verdier, rue du Faubourg-Saint-Honoré, n° 8, à Paris.

(5) M. Arnouts, à la Barbe-d'Or.

(6) Fille du sieur Ferrey, employé au théâtre.

XIV.

Un enfant de six ans (1) avait, depuis sa naissance, les deux jambes couvertes de dartres squammeuses humides qui furent guéries en cinquante jours.

XV.

Une religieuse, garde-malade de Bon-Secours, rue Notre-Dame-des-Champs, n° 12, à Paris, était, depuis deux ans, en proie à un prurigo général (des milliers de petits boutons lui causaient des démangeaisons insupportables). Un célèbre professeur (2) lui avait en vain donné ses soins. Quatre mois suffirent à sa guérison.

XVI.

Trois teigneux, sur lesquels avaient échoué, à l'hôpital du Havre, un grand nombre de traitemens (la calote entre autres), et qu'on avait abandonnés comme incurables, furent guéris dans l'espace de cinq mois.

XVII.

La cuisinière d'un bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine (3), avait, depuis douze ans, la peau des mains, des avant-bras et des genoux à peu près semblable à de la peau d'éléphant. On l'avait long-temps et vainement traitée à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait, en outre, la poitrine dans un état grave qui offrait des symptômes de phthisie pulmonaire et d'asthme suffocant.

En sept mois, la peau et la poitrine furent rendues à leur état naturel.

XVIII.

Un enfant d'onze ans (4), demeurant à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), avait, depuis six ans, une teigne muqueuse qui couvrait une partie de la tête de croûtes épaisses et lui causaient de vives démangeaisons. Plusieurs médecins du pays l'avaient long-temps et inutilement traité. Après une année d'emploi du sulfure de chaux, sa guérison a été parfaite.

XIX.

Un ancien sous-officier de la garde (5) avait, depuis cinq ans au moins, toute la poitrine couverte d'une dartre furfuracée qui avait résisté, ainsi que de violentes douleurs nerveuses dans l'épaule gauche, à un grand nombre de bains de vapeurs sulfureuses, pris à l'hôpital Saint-Louis.

Après deux cent cinquante frictions de sulfure de chaux dans les mains, sa dartre avait complétement disparu et ses douleurs nerveuses étaient devenues rares et très légères.

XX.

Une cuisinière, à Bruxelles (6), avait, depuis longues années, au bras gauche, une large dartre squammeuse humide qui avait résisté à beaucoup de remèdes et qui fut guérie en trois mois.

XXI.

Madame la comtesse de *** (1) avait, depuis de longues années, une dartre qui, semblable à celle désignée sous le n° X, avait résisté aux remèdes proposés par plusieurs médecins célèbres. Après une année de frictions dans les mains, elle avait totalement disparu.

XXII.

Un capitaine retraité (2) avait des dartres furfuracées sur diverses parties du corps, depuis au moins vingt ans, et depuis deux années, à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche, un ulcère large comme la paume de la main, à bords inégaux et décollés, et produisant une suppuration abondante et fétide.

Les dartres et l'ulcère n'existaient plus après trois mois de traitement.

XXIII.

Un propriétaire de Vienne, département de l'Isère (3), tourmenté de dartres depuis plusieurs années, et effrayé de fréquens étourdissemens et d'une grande faiblesse des yeux, vit diminuer et disparaître peu à peu tous ces symptômes pendant trois mois de frictions de sulfure de chaux.

XXIV.

Le caissier d'un célèbre pensionnat de Paris (4), fils d'un père dartreux, avait apporté lui-même, en naissant, des signes de ce funeste héritage, et jusqu'à l'âge de quarante ans, il avait toujours eu, quoi qu'on eût pu faire, des dartres squammeuses fixées sur les mains et errantes sur différentes parties du corps.

Il avait, en outre, depuis deux ans, à la plante du pied gauche, un ulcère fistuleux, par lequel s'écoulait une matière sanguinolente tout à fait semblable à celle que produit la carie des os. La marche était devenue presque impossible, et M. le professeur Marjolin avait laissé entrevoir la nécessité d'une amputation.

Après quinze mois de frictions de sulfure de chaux, les dartres avaient disparu, l'ulcère s'était fermé, et trois années après, la guérison ne s'était point encore démentie.

XXV.

Une femme de vingt-neuf ans (5) était aussi née avec des dartres et avait subi en vain, même à l'hôpital Saint-Louis, de longs et nombreux traitemens.

Quand elle commença l'usage du sulfure de chaux, son corps tout entier était en proie à une éruption de pustules successivement remplacées par de larges croûtes qui, en tombant au bout de quelques jours, après d'intolérables démangeaisons, laissaient à découvert autant d'ulcères rouges et douloureux.

(1) Fils du sieur Lacaze, portier, rue du Faubourg-du-Temple, n° 26, à Paris.

(2) M. le professeur Récamier.

(3) M. Pignolet.

(4) Louis Launay.

(5) M. Chesneau, alors à l'Hôtel-des-Colonies, rue de Richelieu, à Paris.

(6) Chez M. Lacroze, libraire.

(1) Madame la comtesse d'Effiat.

(2) M. Lambin, petite rue Taranne, n° 3, à Paris.

(3) M. Bouvier.

(4) M. Gérard, chez M. Morin, rue Louis-le-Grand, n° 21.

(5) Madame Thuileau, concierge de l'enclos des Montagnes russes, aux Termes, près de Paris.

La cuisse gauche surtout n'était tout entière qu'une vaste plaie, d'un rouge de feu, à la surface de laquelle on voyait sourdre continuellement des gouttelettes d'une humeur limpide, mais si corrosive, que la malade ne pouvait calmer l'impression de brûlure qu'elle lui causait que par l'application, incessamment renouvelée, de linges trempés dans une décoction mucilagineuse froide.

Son traitement a duré deux ans, et sa guérison, retardée par deux grossesses, ne fut complète qu'après plusieurs alternatives de mieux et de mal.

XXVI.

Un employé supérieur de la préfecture de la Seine (1) avait, depuis vingt ans, les deux jambes couvertes de dartres squammeuses, contre lesquelles étaient venus échouer les conseils des médecins les plus célèbres de Paris (2). Quelques mois d'usage du sulfure de chaux avaient rendu beaucoup meilleure qu'elle n'avait été depuis vingt ans la position de ce malade, que je n'ai plus revu, mais qui doit être parfaitement guéri, s'il n'a pas manqué de persévérance.

XXVII.

Une dame (3), à Angers, département de Maine-et-Loire, avait vu, depuis huit à neuf ans, à la suite de violens chagrins, tout son corps et même son visage se couvrir successivement de pustules et de croûtes dartreuses, qui l'avaient forcée à se séquestrer du monde; et qui, pendant tout ce temps, avaient résisté à de nombreux remèdes, et que le sulfure de chaux fit disparaître dans l'espace d'une année.

XXVIII.

Un de nos architectes les plus célèbres (4) avait, depuis la campagne d'Egypte, le visage couvert de pustules qui disparurent après quelques mois de frictions.

XXIX.

Un ancien inspecteur des mines du Hartz (5), âgé de quatre-vingt-cinq ans, avait, depuis son enfance, presque toujours conservé des petites dartres furfuracées, dont le siége le plus ordinaire était aux doigts des mains. Vers la fin de 1830, ses jambes et ses bras se couvrirent presque subitement de larges plaques furfuracées, puis croûteuses, sous lesquelles suintait une humeur abondante qui lui causait d'insupportables démangeaisons et qui produisit, aux jambes surtout, plusieurs ulcérations étendues et profondes.

Après sept mois de frictions dans la paume des mains toutes ces éruptions et ulcérations avaient disparu, et sa santé était encore parfaite trois ans après.

(1) M. Miel.

(2) MM. Alibert, Biet, Marjolin.

(3) Madame de Lévaré, femme du secrétaire-général de la préfecture, en 1829.

(4) M. Lepeyre, architecte du château de Fontainebleau.

(5) M. Beurard, quai des Tournelles, n° 5, à Paris.

XXX.

Je terminerai ces observations par l'extrait d'une lettre, datée de Varsovie, le 2 juin, et dans laquelle M. le baron Girardot (1), ancien chirurgien-major des lanciers polonais, me rend compte de l'emploi du sulfure de chaux, dont je l'avais prié de faire l'essai dans le traitement de la plique :

« Cher Collègue,

« Non pour flatter votre amour-propre, mais « bien pour rendre hommage à la vérité, je « vais vous faire part des résultats que j'ai ob- « tenus par l'emploi de vos frictions.

« J'en ai fait commencer l'usage, le 12 fé- « vrier dernier, dans les paumes des mains d'un « ouvrier allemand, qui avait une dartre hu- « mide sur le bras droit et sur la face du même « côté. Il éprouvait des démangeaisons telles, « qu'il ne pouvait se livrer ni au travail ni au « sommeil. Au bout de six semaines de traite- « ment, la maladie avait disparu; le patient « avait retrouvé le sommeil et recommencé ses « travaux.

« Une jolie fille parisienne, ouvrière en mo- « des, avait un mal tout pareil sur le bras gau- « che. Elle a été guérie en aussi peu de temps « et il n'est resté à la peau qu'une couleur lie « de vin, sans la moindre démangeaison ni la « moindre inégalité.

« Je donne actuellement des soins à huit en- « fans pauvres, qui, de la tête aux pieds, « étaient couverts d'éruptions dartreuses, lai- « teuses, humides, squammeuses, etc., qui « ne pouvaient dormir et que l'on n'osait tou- « cher qu'avec répugnance. Tous vont très bien, « et pour être plus sûr du résultat, je les fais, « tous les jours, frictionner chez moi et devant « moi par leurs mères, qui viennent d'autant « plus volontiers, que je joins aux remèdes une « dose d'alimens qui les indemnise du trajet « que je leur fais faire.

« Je traite aussi un individu qui, depuis « trente ans, porte sur la tête une croûte dar- « treuse qui, chaque année, envahit le front, « et contre l'empiétement de laquelle il a mis « en vain à contribution toutes les eaux sulfu- « reuses et fumigations connues.

« Depuis bientôt deux mois, le vice a di- « minué d'intensité et ne cause plus de dé- « mangeaisons. En un mot, son état, malgré « ses doutes et les miens, s'améliore chaque « jour, et cette observation est déjà et sera, « j'espère, tout-à-fait concluante en faveur de « votre procédé.

« Pour la plique, je n'ai encore qu'une ob- « servation relative à un de nos compatriotes,

(1) M. le baron Girardot était un des vénérables débris de nos vieilles armées qu'il avait suivies sur nos plus célèbres champs de victoire. C'est lui qui, à la fin de la bataille de Craonne, où il avait passé la journée à secourir les blessés, eut la jambe emportée par un boulet, et subit l'amputation sans proférer d'autre cri que celui de *vive l'Empereur !*

Après la chute de l'empire, il se retira à Varsovie avec ses vieux frères d'armes qui l'aimaient comme un père, et il y est mort, quelques semaines après la révolution de juillet, chez son général le comte Krasinsky.

« qui était resté comme instituteur chez un « seigneur, habitant les bords d'une rivière où « cette dégoûtante maladie est endémique et « très dangereuse, si l'on coupe les cheveux « sans traitement préalable. Ce malade est au « deuxième mois de l'emploi de vos frictions, « et déjà la coiffe, formée par un réseau inex- « tricable des cheveux, commence à se déta- « cher, et j'espère, dans un mois, à l'aide de « quelques coups de ciseaux, la faire tomber « sans le moindre inconvénient pour le patient, « qui sera débarrassé d'un poids d'au moins « quatre livres, dont sa tête est chargée et dont « l'aspect repoussant le prive d'une place qui « est si nécessaire à son existence. »

Je pourrais joindre au témoignage de M. Girardot ceux de plusieurs de mes confrères qui, fort incrédules et fort décourageans dans l'origine de mes communications sur le traitement des maladies de la peau, ont fini par en vérifier l'exactitude et par l'adopter exclusivement.

Il me suffira de rappeler et de noter ici que M. le professeur Récamier, en 1830, communiqua à ses élèves de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris des résultats pareils aux miens, et qu'il avait obtenus dans sa pratique, en suivant, à ma prière, les indications que je lui avais données.

J'ai pris parmi plus de cinq cents les observations que je viens de citer. La description d'un plus grand nombre de faits, semblables pour le résultat, n'ajouterait rien à l'intérêt qui s'attachera, j'espère, à un mode de traitement presque toujours efficace, toujours d'ailleurs sans inconvéniens et plus simple que la plupart de ceux qui ont, jusqu'à ce jour, obtenu le plus de faveur.

Personne, assurément, ne contestera la simplicité, la facilité d'un remède qui n'oblige un malade qu'à se frotter doucement les mains, pendant dix minutes matin et soir, avec un peu de pommade.

Jamais, je ne dirai pas le moindre accident, mais pas même un inconvénient notable n'a pu en faire redouter l'emploi.

Néanmoins, le croira-t-on, j'ai vu des gens dévorés de maladies dartreuses, quelques uns hideusement défigurés, ayant pendant de longues années essayé tous les moyens connus et usé la patience de tous les médecins, réduits enfin à garder leur mal sans espoir de guérison et se refuser ou à commencer, ou à continuer mon remède; les uns sous le prétexte qu'il n'agissait pas assez vite; les autres parce qu'il était trop simple pour être bon, et qu'il était ridicule de prétendre guérir, en se frottant les mains, un mal aux pieds ou à la tête; d'autres enfin, parce qu'ils ne pouvaient supporter l'ennui de dix minutes de frictions répétées tous les jours, et chaque jour deux fois.

Si le remède avait été de ceux que l'on avale, et surtout s'il avait été purgatif, on n'aurait pas trouvé la moindre objection contre lui; comme si la digestion n'était pas une fonction assez importante pour être respectée! comme si l'estomac n'avait pas assez à faire de digérer presque constamment les innombrables substances alimentaires dont nous nous plaisons à le surcharger!

J'ai vu d'autres malades (ceux-là du moins étaient excusables) qui, surpris dès le commencement du traitement, par une augmentation considérable de leurs éruptions, ou, plus tard, fatigués d'alternatives répétées de mieux et de mal qui les faisaient passer tour à tour du bonheur au désespoir, étaient tout près de perdre courage; mais comme l'expérience m'avait appris à les prévenir de ces vicissitudes et à leur prédire, presque à coup sûr, que l'augmentation du mal, au commencement du traitement, était un signe de l'action expulsive du remède et d'une guérison certaine, et que chaque récidive serait moins forte que la précédente jusqu'à la disparution totale des symptômes; ceux-là ne se découragèrent jamais complétement, tant que je fus près d'eux pour les aider de ma persévérance, et leur guérison en fut le prix.

Je citerai, à cet égard, un exemple très remarquable :

Le supérieur-général (1) d'une institution ecclésiastique, justement célèbre, livré depuis de longues années à de hautes études et à la vie la plus sédentaire, éprouva, vers l'année 1815, des démangeaisons qui ne tardèrent pas à troubler gravement sa santé.

Pendant quinze ans, de savans médecins (2) s'efforcèrent en vain de le débarrasser d'une infirmité qui, loin de diminuer, s'était, depuis environ deux ans, augmentée de douleurs vives et fréquentes de la vessie, que l'on attribua, les uns à des calculs; les autres à des vaisseaux variqueux; ceux-ci à une affection catarrhale; ceux-là à une irritation nerveuse; et un seul (3), à la même cause qui produisait les dartres.

Fatigué de quinze années de souffrances et de l'inefficacité de tous les moyens dont il avait usé; rempli d'ailleurs de résignation et persuadé que dans un âge avancé, la mort seule pouvait guérir des maux aussi rebelles, il avait résolu de cesser toute espèce de traitement.

Ce ne fut donc qu'avec beaucoup de peine qu'on le détermina aux frictions de sulfure de chaux, vers le commencement de 1830, et ce fut avec bien plus de peine encore que je parvins à les lui faire continuer jusqu'au mois de juin 1831.

Une augmentation considérable de ses démangeaisons s'était manifestée dès le commencement du traitement que, par ce motif et sans de vives instances, il aurait abandonné immédiatement.

Dans l'espace d'une année, il éprouva ainsi plusieurs accès, mais dont les intervalles, de plus en plus longs, étaient notablement marqués par une amélioration manifeste de la santé générale.

Le malade convenait, dans ces intervalles, qu'il n'avait point été aussi bien et aussi longtemps bien depuis plusieurs années, et pourtant, chaque récidive, quoique prévue, le ramenait toujours à son découragement et à son manque de foi dans les ressources de la médecine.

La chaleur de conviction avec laquelle, certain de sa guérison, je soutenais sa persé-

(1) M. Garnier, supérieur-général de St-Sulpice.
(2) MM. Récamier, Alibert, Boyer, Civiale, etc.
(3) M. Récamier.

vérance, et le désir peut-être de se montrer reconnaissant de mon zèle, le firent continuer avec résignation tant que je fus près de lui; mais à peine eus-je quitté Paris, que, malgré les instantes prières que je lui avais faites en partant, il ne put, au premier retour de ses douleurs, résister seul à son idée fixe d'incurabilité, et il abandonna totalement sa maladie à elle-même.

Pour moi, qui sur plus de six cents malades traités de la même manière, n'en ai trouvé que deux sur qui le sulfure de chaux, ainsi administré, n'ait manifesté aucune action favorable, j'ai le droit d'être convaincu de l'efficacité de ce médicament, et c'est désormais un devoir, je pense, de lui donner la plus grande publicité possible.

—

Le terme moyen de la durée de ce traitement est de six à huit mois.

Quelques guérisons n'ont été parfaites qu'au bout de deux ans.

Quelques unes l'ont été au bout de quinze jours.

Deux ou trois mois suffisent dans un grand nombre de cas.

Du reste, la guérison se fait généralement d'autant plus attendre, que la maladie est plus ancienne.

Des enfans à la mamelle, des vieillards de quatre-vingts ans et plus, des femmes enceintes, des individus atteints d'autres maladies chroniques graves y ont été soumis avec le même succès et toujours sans inconvéniens relatifs à leur position.

En général, tous les individus, dont la santé, outre leur éruption, était plus ou moins altérée, ont été doublement guéris pendant l'emploi du sulfure de chaux.

Les récidives sont extrêmement rares. Je n'en ai rencontré que trois exemples et j'en ai cité un sous le n° VIII.

Il est évident, d'après tous ces faits, que le sulfure de chaux, administré comme je l'indique, joint encore à ses autres avantages celui de nécessiter, moins fréquemment et moins impérieusement que tout autre remède, l'intervention du médecin.

La dose de sulfure peut même varier sans inconvéniens, car, quelque quantité qu'on en puisse mettre dans la paume de la main, dix minutes de friction n'en feront jamais absorber qu'une portion toujours bien inférieure à celle qui pourrait déterminer quelque trouble dans l'économie.

Néanmoins, plusieurs circonstances peuvent rendre la présence du médecin sinon indispensable, du moins fort utile.

En effet, quelques maladies de la peau affectent tellement cet organe; il s'y manifeste souvent des désordres si graves, des inflammations si douloureuses, des ulcérations si profondes; certains organes importans à la vie en sont par fois si dangereusement atteints, qu'elles demandent alors un traitement particulier, sans lequel le remède principal serait plus difficilement efficace.

Un médecin éclairé peut seul alors remédier à de pareils accidens ou en prévenir le développement.

Il peut seul aussi déterminer les cas dans lesquels la suspension du traitement peut être nécessaire et ceux pour lesquels divers accessoires peuvent concourir à son succès, tels que des bains de différentes natures, l'administration interne et externe de substances narcotiques, purgatives, etc.

Des bains d'eau simple, un ou deux par semaine, à une température modérée (vingt-trois à vingt-cinq degrés), sont, à part quelques circonstances extraordinaires, le seul accessoire que j'aie employé.

Quelquefois, à la suite d'un long usage du sulfure de chaux et lorsque l'éruption me semblait avoir pris un caractère d'irritation chronique purement locale, j'ai fait avec succès appliquer sur le mal lui-même, à la dose d'un demi-gros par jour, du cérat dans lequel j'avais fait mélanger, par chaque once, dix grains de nitrate ou un demi-gros de protochlorure de mercure.

D'autres fois, lorsque les maladies de la peau m'ont paru avoir pour cause primitive ou immédiate des affections syphilitiques, j'ai toujours employé avec succès et toujours aussi sans le moindre inconvénient, le protochlorure de mercure, à la dose d'un grain matin et soir, en frictions pendant une minute, dans la bouche, à la partie interne des joues.

Ce mode d'administration, conseillé pour la première fois, je crois, par le docteur Clarck, réalise, pour ceux qui ont de la persévérance, tous les avantages que l'on cherche dans l'usage du mercure, sans offrir aucun des inconvéniens qui justifient l'espèce de terreur attachée à son emploi.

Quant au régime, à l'hygiène en général, je n'ai jamais trouvé, pour les maladies de la peau, la nécessité de prescriptions particulières. Mes conseils sur ce point se sont toujours bornés à rappeler à chacun, comme pour toutes les circonstances ordinaires de la vie, l'utilité d'habitudes actives et tempérantes, sans lesquelles il est ridicule de prétendre à de longs jours et à une santé parfaite.

A des faits multipliés, observés long-temps avec attention et produisant constamment des résultats semblables, il est naturel et sans inconvénient de rattacher, s'il est possible, une théorie qui puisse les expliquer d'une manière satisfaisante.

Il est évident que le sulfure de chaux, mis en contact avec la paume des mains au moyen d'une légère friction, pénètre dans l'intérieur du corps par les vaisseaux absorbans dont l'ouverture extérieure contribue à la formation des pores de la peau.

Il est évident encore que ce sulfure, dont l'odeur est presque nulle quand il est bien préparé et parfaitement sec, trouve, aussitôt qu'il est absorbé, parmi les substances avec lesquelles il circule, quelques unes qui ont, celle-ci pour la chaux, celle-là pour le soufre, plus d'affinité que ces deux corps n'en ont l'un pour l'autre.

Il est évident qu'alors ils se séparent pour former des combinaisons nouvelles, dont l'une, le gaz sulfureux, sort presque immédiatement, comme l'a aussi remarqué M. le professeur Récamier, par toute la surface de la peau.

Afin de constater les différens phénomènes qui se passent pendant cette médication, je m'étais proposé une série d'expériences dont les résultats auraient pu être intéressans pour la science, mais que j'abandonnai, à peine ébauchés, pour des intérêts de famille, auxquels je crus devoir sacrifier alors le séjour de Paris, ma profession et mes études.

Sans ce changement de position, j'aurais certainement aujourd'hui des résultats nombreux à publier sur le traitement de la plique et des diverses lèpres qui sont encore considérées comme incurables dans la plus grande partie du globe, et contre lesquelles je suis persuadé que le sulfure de chaux ne serait pas moins efficace que dans nos climats.

Analyser le sang, la lymphe, la salive, les urines et la matière des éruptions d'un grand nombre d'individus atteints de maladies de peau;

Partager en différens groupes ces analyses, suivant la nature de la maladie, l'âge des malades ou les circonstances particulières qui auraient pu se rencontrer;

Renouveler les expériences à différentes époques du traitement;

Y soumettre de même des individus qui n'auraient jamais été atteints d'affections cutanées;

Comparer ensemble tous ces résultats, prendre pour base les fluides à l'état sain, constater ce qu'ils ont en plus ou en moins à l'état malade; observer les modifications que le sulfure de chaux leur fait subir; suivre, autant que possible, cette substance dans sa décomposition et dans ses combinaisons nouvelles et prendre pour dernier terme de comparaison les individus guéris;

Telles étaient les différentes questions que je m'étais posées.

A défaut de leur solution, voici comment je m'expliquais la formation des maladies de la peau et l'action du remède.

Une mauvaise alimentation trop prolongée, l'extrême malpropreté, des travaux de cabinet trop assidus, des contentions d'esprit trop grandes, des chagrins violens, la frayeur (*cela tourne le sang*: expression proverbiale fondée sur l'expérience), un trouble dans la sécrétion du lait des nourrices, la gale, la syphilis, les scrophules et peut-être aussi un vice spécifique, un virus dartreux, produisent un changement dans la composition des matériaux nécessaires à la vie et les rendent propres à développer les différentes éruptions chroniques de la peau.

Ces causes agissent-elles en supprimant quelqu'une des subsances qui concourent à la formation et à l'entretien de nos organes, ou bien en y ajoutant quelques matériaux étrangers?

N'agissent-elles qu'en rompant l'équilibre de ces substances; en augmentant ou en diminuant la quantité ou les qualités, l'état normal enfin d'une ou de plusieurs d'entre elles?

Si ces questions peuvent être résolues, ce ne peut être que par le résultat des expériences que je viens d'indiquer.

Mais dans l'une ou l'autre hypothèse, il est certain que le sulfure de chaux rétablit l'équilibre rompu, soit en se combinant à la substance étrangère ou en excès et en la neutralisant, soit en renouvelant celle dont l'absence nuit à la régularité des fonctions, et toutefois en détruisant la cause irritante qui enflamme et désorganise la peau et quelquefois les membranes muqueuses.

Jamais le sulfure de chaux, ainsi employé, ne cause de ces déplacemens, de ces rentrées de matière ou d'irritation dartreuse, dont on a vu tant d'exemples fâcheux sous l'influence de médicamens introduits dans l'estomac ou appliqués immédiatement sur le mal.

Il entretient presque toujours, au contraire, jusqu'à la destruction de la cause du mal, une sorte de fluxion à la peau qui garantit ou débarrasse les organes internes, et cette fluxion est très probablement produite et entretenue par l'évaporation continuelle de gaz sulfureux, résultant de la décomposition évidente du sulfure.

Ce gaz entraîne-t-il avec lui le principe de la maladie?

Tout le soufre introduit dans la circulation en sort-il de la même manière?

Tout le sulfure est-il décomposé?

Que devient la chaux?

Il y aurait probablement à trouver dans ces recherches quelques faits de chimie animale et de physiologie curieux et profitables à la science, mais dans l'impossibilité où je suis de continuer et de compléter aujourd'hui ces travaux si intéressans et si regrettables, je ne devais pas, du moins, différer davantage la publication de faits susceptibles d'une utilité et d'une application générales et immédiates.

Je termine donc, en répétant, qu'avec de la persévérance, le sulfure de chaux en frictions sur une partie saine, dans la paume des mains, par exemple, guérit sûrement toutes les maladies chroniques éruptives de la peau.

Les circonstances dans lesquelles ce médicament se montre inefficace sont extrêmement rares.

Mais la vaccine elle-même n'est pas sans exceptions.

A. SAVARDAN,
Docteur en médecine.

II. CHEILOPLASTIQUE OU RESTAURATION DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

Victor Diet, âgé de soixante-deux ans, d'une constitution athlétique, vit se développer, il y a dix ans, un tubercule cancéreux, du volume d'un poids rond, sur la ligne médiane de la lèvre supérieure, immédiatement au dessous de la cloison du nez. Cette petite tumeur ne tarda pas à s'ulcérer. Sa surface se recouvrait d'une croûte épaisse qui se détachait de temps en temps. Pendant les quatre premières années de l'existence de ce mal, Diet n'y fit presque aucune attention.

A la fin de la quatrième année, la lèvre supérieure présentait un ulcère de six à huit lignes de diamètre. Un médecin le recouvrit du caustique de frère Côme. La guérison fut rapide et dura deux années. Une nouvelle ulcération se forma sur la cicatrice et l'envahit en peu de

Fig. 1.

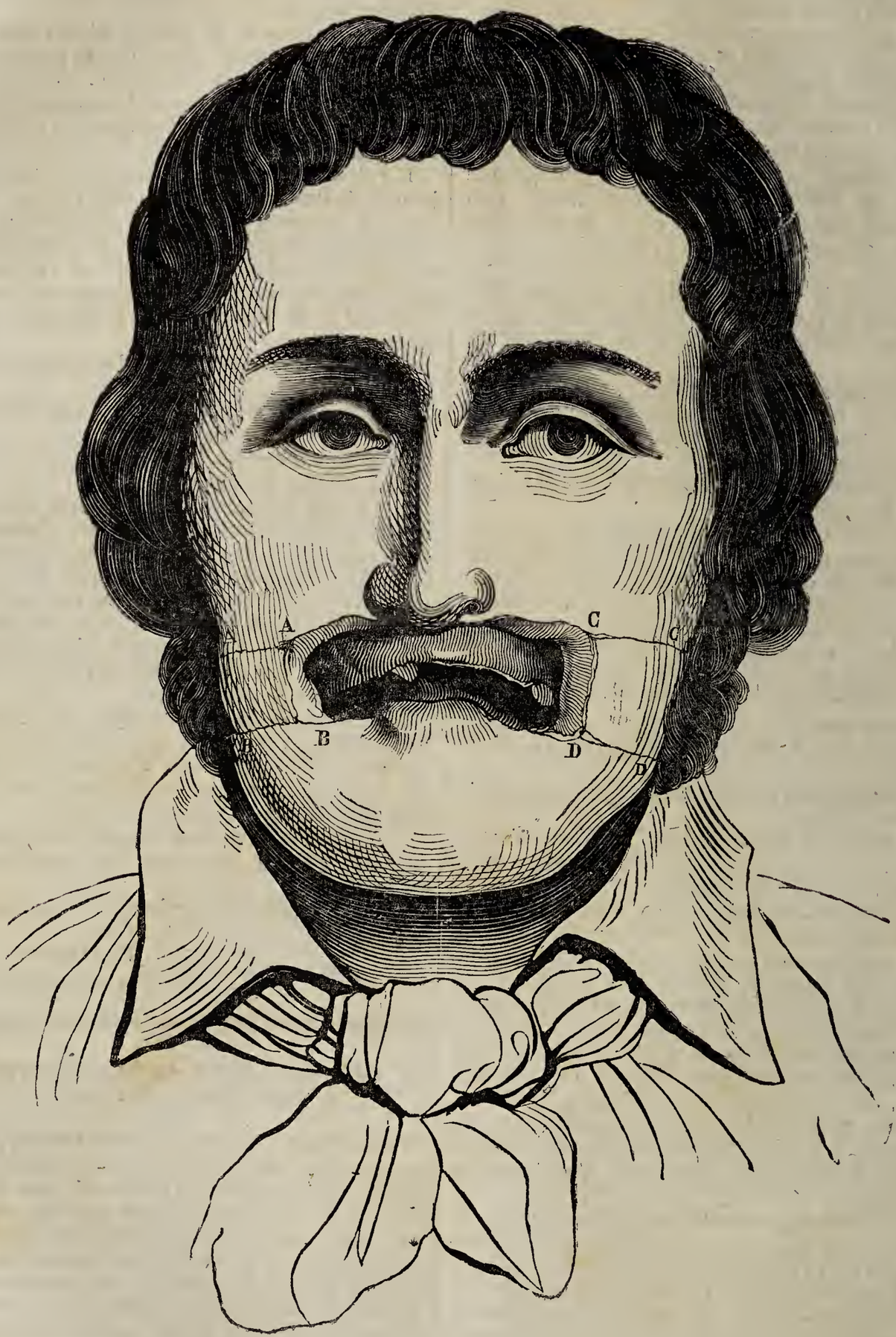


Fig. 4. — Représente le sujet après l'ablation des parties malades.

A, A, B, B, C, C, D, D, lignes qui indiquent le trajet des incisions pratiquées dans l'épaisseur des joues, pour obtenir, de chaque côté, le lambeau qui devait remplacer la lèvre.

Il faut avoir vu cette face vivante, privée de sa lèvre supérieure et d'une partie des joues, la bouche béante, fendue jusqu'aux oreilles, les deux lambeaux pendans sur les côtés de la mâchoire inférieure, pour se faire une idée de l'expression hideuse qu'elle offrait dans cet état de mutilation. Le rapprochement des lambeaux et quelques points de suture réparèrent ce désordre avec une rapidité vraiment surprenante.

1, la dent qui a perforé le lambeau gauche.

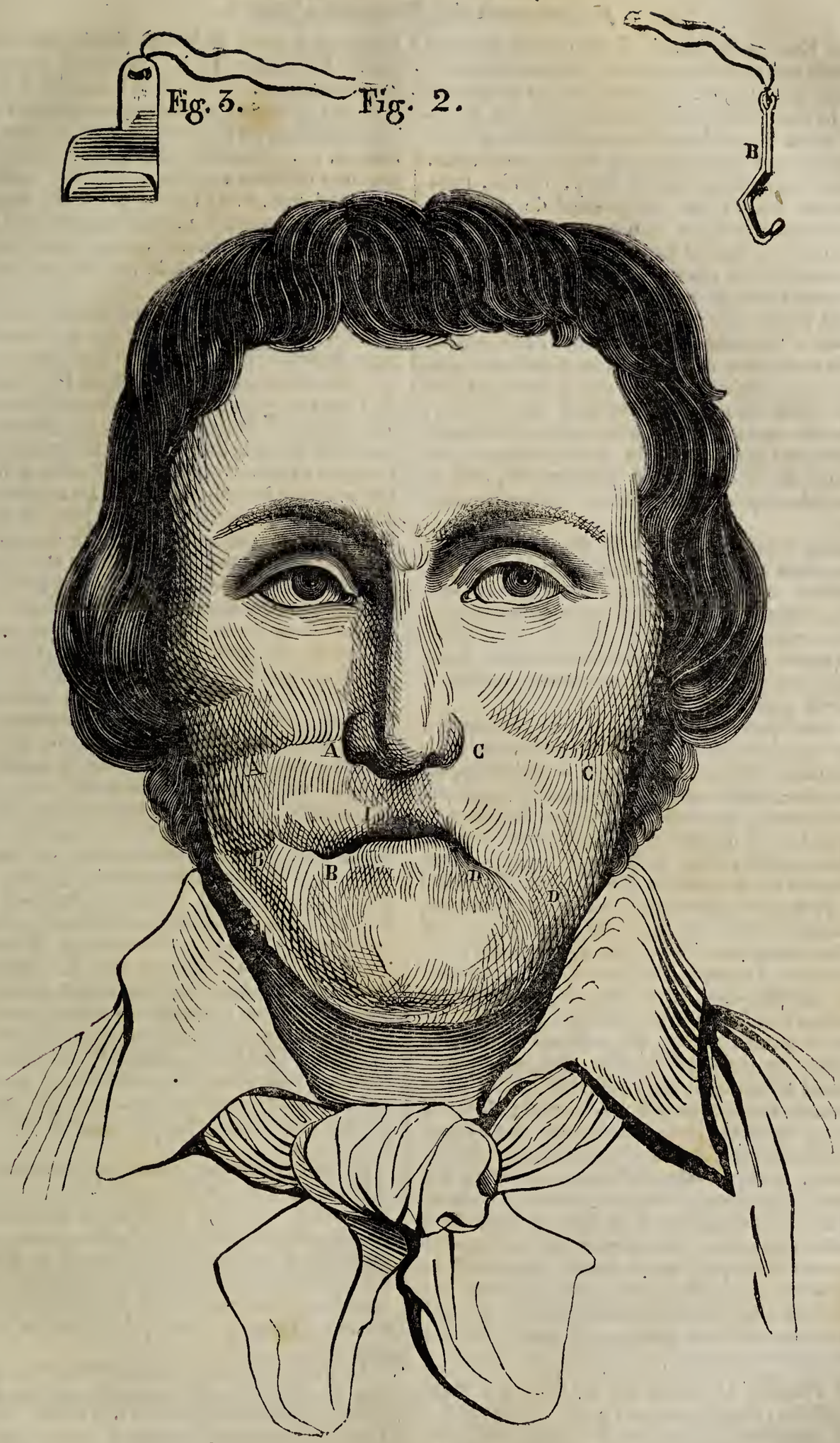


Fig. 2. — Diet, quatre mois après l'opération.

A, A, B, B, C, C, D, D, cicatrices linéaires plus prononcées sur le dessin que sur le sujet. Au dessus et au dessous les petites cicatrices qui résultent des piqûres faites par les épingles. Sous la cloison du nez la cicatrice qui réunit les deux lambeaux ; — 1, la cicatrice résultant de la perforation du lambeau gauche.

Fig. 3. — A, la crémaillère qui nous a servi à relever le côté gauche de la lèvre et à maintenir en contact les bords de la perforation. Cette crémaillère devant embrasser le bord libre de la lèvre jusqu'à la réunion des deux lambeaux, on a été obligé de retrancher la moitié de la largeur de la lame ascendante, afin qu'elle ne fût pas gênée par l'aile du nez ; — B, la même, vue dans le sens de la courbure.

temps. Elle resta bornée à l'étendue de cette cicatrice pendant trois années. Depuis dix mois elle fait des progrès effrayans. Je vois le malade pour la première fois au commencement de février 1834. Toute la surface cutanée de la lèvre supérieure est détruite par un ulcère cancéreux, grisâtre, granulé, à bords durs, élevés, renversés en dehors, qui est le siége de douleurs lancinantes très vives et d'une chaleur âcre et brûlante. Ses limites sont : en haut, les ailes du nez intactes, la cloison nasale ulcérée dans le tiers postérieur de son bord libre ; à gauche, il s'étend jusqu'à la commissure ; à droite, il la dépasse d'un demi-pouce. En bas, il a envahi tout le bord libre de la lèvre ; la membrane muqueuse qui tapisse la face postérieure est détruite dans toute son étendue. Cette lèvre, privée de ses enveloppes muqueuse et cutanée, a perdu les deux tiers de son épaisseur ; au dessous de la cloison du nez surtout, elle ne forme plus qu'une membrane excessivement mince.

Après diverses tentatives de cautérisation faites, sans succès, par les médecins que Diet consulta, ce malheureux, abandonné à lui-même, voyait l'ulcère s'étendre rapidement aux parties environnantes, sans qu'on pût arrêter ses progrès ; quelques mois encore, et les joues étaient envahies par le cancer : toute opération devenait impossible.

Je crus que le mal n'était pas au dessus des ressources de l'art, et qu'en enlevant avec l'instrument tranchant les parties malades, on pourrait réparer la perte de substance, quoique considérable, en empruntant un lambeau à chaque joue. Un jeune chirurgien fort distingué de Montpellier, élève de Delpech, parfaitement au courant des travaux de Dieffenbach, M. Serre, dont j'eus le bonheur de faire la connaissance pendant le cours de mes études à Paris, me montra plusieurs fois, sur le cadavre, les moyens de réparer des pertes de substances aussi considérables que celle que je devais faire éprouver à la face du pauvre Diet (1).

Le 5 février 1834, je pratique l'opération suivante, en présence de MM. Tonnellé père, Caillault et Méruau, mes confrères.

Le malade est assis sur une chaise, l'opérateur en face : la lèvre supérieure est tendue d'une commissure à l'autre et abaissée vers l'inférieure. Avec un bistouri convexe je fais une incision qui borne l'ulcère en haut, rase les ailes du nez et comprend la partie malade de la cloison. A gauche, elle dépasse la commissure de quatre à cinq lignes ; à droite, elle s'étend à un pouce à peu près au delà. Une seconde incision, parallèle à la première, part de la commissure gauche et se termine à quatre ou cinq lignes en dehors. Elle est réunie par une verticale à l'extrémité de l'incision supérieure. Déjà le mal est circonscrit en haut et à gauche. A droite, je divise la commissure jusqu'au point correspondant à l'extrémité de l'incision supérieure, et, comme du côté opposé, je les réunis par une incision verticale. La lèvre supérieure étant enlevée, nous trouvons sur la muqueuse alvéolaire plusieurs petites végétations ; partout où elles existent nous détachons cette membrane de l'os maxillaire. Les artères principales sont liées.

Il s'agit maintenant de réparer cette large perte de substance (*voyez* fig. 1). Pour cela, nous prolongeons d'abord les incisions qui partent des commissures, et ensuite les extrémités de l'incision supérieure jusqu'au bord antérieur du masseter. Nous obtenons, de chaque côté, un lambeau de la largeur de la lèvre supérieure ; nous les rapprochons l'un de l'autre et les réunissons sous la cloison du nez. Le lambeau gauche est assez facilement étendu jusqu'à ce point ; mais le droit plus court, la perte de substance ayant été plus considérable de ce côté, ne peut y arriver malgré des tractions assez fortes. Pour le rendre plus extensible, nous incisons la muqueuse dans toute sa largeur, le long du bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Cette membrane, très adhérente aux extrémités du bord alvéolaire des mâchoires, forme bride en cet endroit lorsqu'on tire sur le lambeau et ne prête pas autant que la peau. Il ne faut comprendre dans cette incision que la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux. La couche musculaire que forme le buccinateur doit être ménagée. On ne court aucun risque de léser le conduit de Sténon, quand même on comprendrait dans l'incision quelques fibres du buccinateur, ce qui nous est arrivé. Après le débridement de la muqueuse, le rapprochement est facilement opéré. Un aide ramène la peau des branches des mâchoires vers la bouche, et porte ainsi les lambeaux en avant. Nous pratiquons la suture entortillée comme pour le bec de lièvre. Quatre épingles réunissent les lambeaux par leur bord antérieur ; les bords supérieurs et inférieurs sont maintenus en contact avec les parties correspondantes par la même suture. Nous faisons le pansement du bec de lièvre.

Le quatrième jour, nous retirons deux épingles au dessous de la cloison du nez, et quelques unes çà et là dans les autres endroits. Le cinquième, nous enlevons le reste. Les fils demeurent en place ; ils tombent le septième. La réunion paraît parfaite partout, excepté sous la cloison nasale où la deuxième épingle de bas en haut a déchiré la peau du lambeau gauche.

Le neuvième jour, la déchirure du côté gauche de la lèvre est convertie en un trou de quatre lignes de diamètre qui laisse voir à nu le bord alvéolaire et donne issue à un chicot que nous extrayons, mais trop tard. Nous sommes bien convaincu que la perforation du lambeau gauche a été déterminée par sa pression sur ce reste de dent et que cet accident ne serait pas arrivé si nous en avions fait l'extraction avant le rapprochement des lambeaux.

Le côté gauche de la lèvre tombant de beau-

(1) Pendant le séjour de M. Serre, à Paris, M. Lisfranc, voulant mettre à profit les idées de ce jeune opérateur, enleva, sur une femme de trente-cinq ans, toute la lèvre supérieure, affectée d'un ulcère cancéreux (hôpital de la Pitié). Deux lambeaux taillés aux dépens des joues furent rapprochés sous la cloison du nez et remplacèrent l'organe qu'on venait de sacrifier. Malheureusement le cancer récidiva avant la cicatrisation complète des plaies que l'opération avait exigées, et la malade succomba quelques mois après.

coup au dessous de l'arcade alvéolaire supérieure, nous passons dans le trou dont nous venons de parler une petite bandelette de linge fin qui embrasse le bord inférieur de la perforation et le rapproche du supérieur. Cette bandelette est fixée par ses extrémités au bonnet du malade. Ce moyen de relever la nouvelle lèvre nous fut très utile; nous le conservâmes pendant huit jours. Mais en traversant la perforation, cette bandelette s'opposait à la réunion de ses bords. Nous la remplaçâmes par une crémaillère d'argent (*voyez* fig. 3) qui embrassait la lèvre et maintenait les bords de la déchirure en contact immédiat. Un fil passé dans un trou pratiqué à l'extrémité de cette crémaillère la fixait au bonnet du malade.

Tous les trois ou quatre jours nous touchons le pourtour de la perforation avec le nitrate d'argent fondu. Elle diminue peu à peu d'étendue; le 7 avril, elle est complétement fermée. Nous touchons aussi assez souvent le bord libre de la lèvre supérieure et ses commissures, afin de réprimer les bourgeons celluleux. Le travail de cicatrisation de ces parties a duré six semaines. La portion du bord de la lèvre embrassée et comprimée par la crémaillère était cicatrisée au bout de quinze jours.

Aujourd'hui, il y a plus de seize mois que l'opération a été pratiquée, et l'état de Diet est le plus satisfaisant. La prononciation est presque aussi libre qu'avant le développement du cancer. La mastication et la déglutition s'exécutent très bien; seulement, la préhension des liquides est gênée; la nouvelle lèvre ne peut exécuter les mouvemens convenables pour s'adapter aux parois du vase; aussi, lorsque Diet boit trop vite, il s'écoule un peu de liquide par les angles de l'ouverture buccale.

La difformité est bien moins prononcée que je ne l'avais cru avant l'opération.

Le 23 juin dernier, j'ai examiné la lèvre attentivement et l'ai trouvée parfaitement saine.

Il me reste à faire quelques observations assez importantes: 1° les incisions devant être faites avec une précision mathématique, il faut, après avoir reconnu les limites du mal, tracer avec le nitrate d'argent fondu les lignes que le bistouri doit suivre dans sa marche; 2° extraire les dents déviées et les portions de dents qui pourraient perforer les lambeaux rapportés ou s'introduire entre eux, enlever le tartre qui recouvre les dents saines; 3° la torsion doit être préférée à la ligature.

Chez notre homme, les nœuds ne se sont séparés qu'au douzième jour et ont déterminé la formation de petits abcès.

Tours, 28 juin 1835.

THOMAS,
Docteur en médecine à Tours.

III. VICES DE CONFORMATION DES PARTIES GÉNITALES.

1. *Homme hypospade pris pendant 22 ans pour une femme.*

Badré (Joseph), journalier, âgé de vingt-neuf ans, né à Mézières, département des Ardennes, affecté d'une douleur rhumatismale au genou gauche, s'adressa au Bureau Central d'admission de Paris, qui le dirigea sur l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 20 novembre 1830, et couché au n° 43 de la salle Saint-Landry.

Cet individu promptement guéri de sa légère arthrite, voulant prolonger son séjour à l'hôpital, et pour cela, capter la bienveillance du médecin, fit connaître qu'il était autrement constitué que les autres hommes, et que longtemps il avait passé pour femme.

C'est alors qu'il fut soumis à notre observation et qu'il nous donna les détails suivans:

Les personnes chargées de constater son sexe à sa naissance déclarèrent qu'il était féminin, et firent baptiser l'enfant sous le nom de *Josephine*.

De bonne heure cependant Badré s'aperçut qu'il était autrement conformé que les jeunes compagnes dont il partageait les jeux et le lit. Ces dernières prenaient du reste plaisir à le lui démontrer et surtout à profiter de cette anomalie.

Privé d'éducation et n'étant retenu par aucun frein, il se fit bientôt un jeu de sa conformation, qui devint la curiosité de son pays. Bientôt les jeunes garçons se présentèrent à leur tour, offrirent leurs hommages, c'est-à-dire à boire, et facilement obtinrent les faveurs de *Joséphine* Badré; c'était sans plaisir et le plus souvent avec douleur pour *elle*.

C'est ainsi que sa prétendue qualité d'homme et de femme lui valut des deux côtés de nombreuses bonnes fortunes. Les choses allèrent de la sorte jusqu'au moment où des signes non équivoques de virilité se manifestèrent: les organes sexuels augmentaient de volume, la barbe vint au menton, les penchans, les goûts se prononcèrent davantage, et n'eurent plus rien d'efféminé. Persuadé bientôt par tous ces indices qu'une erreur avait été commise à son égard, Badré prit la résolution de porter le nom et les habillemens d'un homme; il se fit appeler Joseph. Il avait alors vingt-deux ans.

Ce brusque changement augmenta la curiosité de Mézières, éloigna les hommes, mais fut un attrait de plus pour les femmes; aussi eut-il à soutenir de nombreux assauts. Un dimanche, entre autres, il fut convié par cinq jeunes filles et dut payer son écot d'une *manière particulière*. Il les contenta toutes, non pas successivement, mais à la fois, c'est-à-dire qu'il *parcourait* ces femmes et qu'une seule était spermatisée; car Badré rend, dit-il, quelques instans après la crise voluptueuse, une semence épaisse et abondante qui s'écoule en bavant.

J'aurais à m'excuser d'entrer dans ces détails, s'ils devaient être lus avec des sentimens autres que ceux qui les ont fait écrire; je les ai soumis dans un but médico-philosophique; ce sont des matériaux pour l'histoire de la physiologie.

Badré est d'une taille moyenne (cinq pieds deux pouces), d'un embonpoint médiocre, sa constitution n'annonce pas la force, les cheveux sont châtains, le système pileux peu développé; une barbe brune est clair-semée sur la lèvre supérieure et sur le menton; la région parotidienne est nue; les poils du pubis sont plus nombreux et plus foncés en couleur; au reste, le cou, le larynx, la poitrine, les ma-

melles, le bassin, le pubis, les mains, les genoux, les pieds, appartiennent à un homme ordinaire; une verge occupe la place accoutumée; son prépuce court et mobile n'en fait pas entièrement le tour; il vient se terminer à un frein qui, par son peu de longueur, tient le membre dans une position demi-courbe; la face postérieure de cette verge, dont les proportions sont ordinaires, est parcourue par un sillon peu profond, mais remarquable par la couleur et la finesse de la peau: ce sillon part de l'endroit où devrait se trouver le méat qui n'existe pas, descend jusqu'à la naissance du scrotum qu'il partage bientôt en deux portions et va se terminer à six ou sept lignes au devant de l'anus.

En soulevant la verge on aperçoit ce sillon dans toute sa longueur: du gland à la racine de la verge, il est superficiel; de la racine de la verge à l'anus, il est profond d'un pouce au moins et simule assez bien une vulve; seulement, les replis qui représentent les grandes lèvres sont minces, plissés, et n'ont pas la fermeté de celles de la femme: ils ne paraissent contenir aucun corps étranger; de sorte qu'il est évident que les testicules sont dans l'abdomen, cet individu très *salax* assurant éjaculer. La face externe de ces replis cutanés est brune, parsemée de poils; la face interne, d'un rose brun, se confond avec une cavité, logeant à peine la première phalange du pouce; sa paroi supérieure présente la trace du sillon dont nous avons parlé et qui va se perdre dans une ouverture étroite, communiquant avec la vessie, comme on peut s'en assurer à l'aide d'une sonde. La membrane qui tapisse cette cavité est lisse et n'offre aucune ride transversale comme dans le vagin, aucun suintement muqueux qui puisse dénoter l'existence des glandes qui lubréfient ce canal. Il ne s'exhale de cette partie qu'une faible odeur d'urine; c'est en effet par elle que sort ce liquide et à la manière des femmes; c'est par la même voie, s'il faut l'en croire, que se répand le sperme à l'extérieur. La ressemblance de cette fente avec la vulve est plus frappante, vue par derrière.

En examinant attentivement les parties que nous venons de décrire, il est facile, selon nous, de se rendre compte du phénomène qu'elles offrent. La verge, car c'en est une, n'est pas, à proprement parler, imperforée, car la rainure qui sillonne sa face postérieure n'est autre que la paroi antérieure de l'urètre, dont la postérieure manque; incisez sur le cadavre l'urètre dans toute sa longueur postérieure, et vous aurez la lésion dont nous parlons.

Badré est donc affecté d'une division contre nature, d'un bec de lièvre au scrotum, si je peux m'exprimer ainsi. Les auteurs (M. Velpeau est de ce nombre) qui, dans la formation de ce dernier phénomène, n'admettent pas la cause généralement admise, c'est-à-dire un arrêt de développement, seront forcés de nous laisser cette explication pour la division de l'urètre. En effet, le raphé qui, chez l'homme, parcourt postérieurement la verge jusqu'à l'anus, n'est-il pas la preuve indélébile de cette suture, comme l'indique son nom (ῥαφή, de ῥάπτω, je couds), la couture, la cicatrice indélébile de cette suture?

Et s'il est vrai que les organes de l'embryon se forment dans une espèce de gouttière ouverte, dont les bords se rejoignent ensuite (1), nous devrons admettre qu'une cause qui nous échappe a empêché, chez Badré, l'urètre de se rejoindre, de se canaliculer; que dès lors, cet homme est né, a grandi avec une disjonction de ces parties, il est temps de le dire, avec un hypospadias.

Sans pousser plus loin le système des hypothèses, nous citerons plusieurs faits qui ont plus ou moins d'analogie avec le nôtre, et qui en feront mieux comprendre les principaux caractères. Le docteur Worbe rapporte l'histoire d'une Marie-Marguerite N., qui, pendant vingt-deux ans, passa pour fille, et fut ensuite rendue, par jugement, à son véritable sexe. Chez cet individu, le scrotum était séparé en deux loges, dont chacune renfermait un testicule, qui avait d'abord été pris, par un chirurgien de village, pour une hernie. En écartant les lèvres de cette espèce de vulve, on observait supérieurement un gland *imperforé*, au dessous duquel commençait un *demi-canal* qui venait aboutir à une ouverture située à un pouce et demi en avant de la marge de l'anus. Cette ouverture était taillée de derrière en devant, comme une plume à écrire, comme un cure-dent, c'était l'orifice externe du canal de l'urètre.

Moreau (de la Sarthe), dans son *Histoire de la femme*, tom. 1er, page 225, emprunte à Buffon l'histoire d'un jeune homme de seize ans, qui, en 1785, occupa beaucoup la curiosité de Paris. Le membre viril, dit-il, a la forme ordinaire, à cela près qu'il n'a *point d'ouverture* à son extrémité et *qu'on doit présumer qu'il manque de conduit intérieur*. Le scrotum, par l'absence des testicules, a peu de capacité; *mais ce qu'il y a de singulier*, et ce qui donne à ce mâle une apparence de sexe féminin, c'est la division de ces bourses en partie droite et en partie gauche par une fente qui a l'étendue ordinaire de la vulve dans la femme.

Cheselden a vu un nègre, dont la verge *imperforée* et le scrotum divisé furent pris pour un clitoris et pour une vulve.

Giraud ouvrit, à l'Hôtel-Dieu, le cadavre d'Adelaïde Préville, qui était mariée. Il reconnut qu'à un faux vagin près, consistant en un cul-de-sac, placé entre le rectum et la vessie, cet individu ne présentait rien qui eût pu faire supposer qu'il était femme.

Sabatier qui, par parenthèse, était hypospade, avoue avoir long-temps pris pour une jeune fille un individu mâle, qui présentait cette difformité.

Le docteur Fournier (cas rares du *Grand Dictionnaire*) dit avoir connu un père de famille dont l'urètre s'ouvrait à la racine de la verge et postérieurement; le canal était figuré sur le reste de la verge par une espèce de sillon, une échancrure qui avait environ une demi-

(1) *Voyez* séance du 25 juillet 1835, de l'Académie de médecine. — M. Paul Dubois y lit un Mémoire sur un fœtus offrant une division congéniale du tronc.

ligne de profondeur et autant de largeur ; elle se propageait jusqu'à la naissance du gland.

A l'hôpital de Dreux, en 1810, on amena le cadavre d'un homme dont le sexe avait été méconnu pendant cinquante ans : on trouva la verge *imperforée* et le scrotum divisé en deux lèvres.

On lit dans le *Journal de Hufeland* (Berlin, 1803, tom. 17, n° 18), l'histoire d'un individu qui fut baptisé comme fille et regardé comme telle jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans. A cette époque il demanda la permission d'épouser une personne devenue enceinte de ses œuvres. La verge avait deux pouces de long, le gland était *imperforé* ; la face inférieure du corps caverneux était dépourvue d'urètre, mais elle présentait une *cannelure* à la partie moyenne.

Boyer rapporte, d'après Morgagni et Vallisnieri, une observation qui a la plus grande analogie avec la nôtre : seulement, *la gouttière qui parcourait la face postérieure du pénis et qui remplaçait l'urètre* était plus profonde ; mise en contact avec un corps concave ou plane, comme par exemple la paroi du vagin, d'un demi-canal elle formait un canal ; c'est ainsi que fut expliqué la fécondité de cet homme.

Les auteurs de ces diverses observations, qu'il nous serait facile de multiplier, et auxquelles il faut joindre, sans aucun doute, la plupart de ces prétendus hermaphrodites, que les lois d'*Athènes* et de *Rome* vouèrent à la mort ; auxquelles il faut joindre encore cette servante d'Ecosse qui fut condamnée à être enterrée vive, parce qu'elle avait rendu enceinte la fille de son maître (1) ; les auteurs de ces observations, disons-nous, en les classant parmi l'hermaphrodisme (*voyez* ce mot, du *Grand Dict.*), se sont trompés sur la véritable nature de cette lésion ; pour eux, le gland était *imperforé* et l'*urètre manquait* ; c'est le contraire qu'il fallait dire ; le gland, en effet, n'était que trop perforé, puisque ainsi que l'urètre il était ouvert dans toute sa longueur ; cette vérité, que nous sachions, n'a pas encore été établie.

Elle donne la clef des principaux phénomènes que nous venons d'examiner. L'observation curieuse, par laquelle nous allons terminer, en facilitera encore l'explication.

M. R. est reçu à l'Hôtel-Dieu avec tous les signes rationels de la pierre, et couché au numéro 53, de la salle Sainte-Marthe. Cet homme, d'un âge mûr, fit d'abord de grandes difficultés pour se laisser découvrir. On força sa pudeur, dont l'étonnant motif fut bientôt mis à découvert. Cet homme avait la verge séparée en deux, *mais postérieurement seulement*. L'urètre était ouvert dans toute sa longueur, depuis le méat jusqu'à un pouce envion de l'anus ; le scrotum lui-même était partagé en deux portions ; en un mot, cet homme offrait le même hypospadias que Joseph Badré ; mais ici cette lésion était accidentelle, récente, artificielle, volontaire enfin. Ce malheureux finit par confesser qu'il n'avait pas trouvé d'autres moyens d'assouvir une passion pour laquelle les mains étaient devenues impuissantes, que de s'inciser ainsi successivement et un peu à la fois, aussi bas qu'il avait pu ; que sa matière *entaillable* venant à manquer, il *croyait* avoir enfoncé quelque chose (dont il cachait la nature) qui s'était brisé et était tombé dans la vessie.

Dupuytren, ce fut une des dernières opérations de mon illustre maître, pratiqua la taille, le 18 juillet 1834, par la méthode latéralisée, et retira un calcul du volume d'un petit œuf de pigeon ; le noyau était formé par une matière de nature ligneuse (un morceau de bois et de filasse) ; une épingle fut rencontrée dans l'épaisseur des muscles du pénis (1).

Revenons à Joseph Badré : n'ayant plus aucun prétexte pour prolonger son séjour à l'Hôtel-Dieu, il le quitta le 29 novembre.

Depuis lors, nous n'avions plus entendu parler de cet homme, lorsque nous fûmes étonné de trouver le complément de son histoire dans l'un des derniers numéros de la *Gazette médicale*, numéro 29, 1835, sous le titre : *Observation pour servir à l'histoire de l'hermaphrodisme, par* M. Dany, *docteur-médecin, chirurgien aide-major à l'hôpital de Toulon.*

Il paraît que quelque temps après sa sortie de l'hôpital, Badré quitta Paris pour faire partie d'un détachement de volontaires parisiens, qui avaient reçu l'ordre de se rendre à Toulon ; qu'arrivé dans cette ville, il fut examiné par le docteur Dany, qui remarqua les mêmes caractères physiques que cet homme avait offerts à notre observation. « Aussitôt « après notre examen, dit M. Dany, Badré « n'attendit pas que nous lui fissions les ques- « tions qui déjà lui avaient été adressées par « plusieurs médecins, il nous affirma qu'il « éprouvait souvent des désirs vénériens, qu'il « avait la faculté de les satisfaire, et que, pen- « dant l'acte de la copulation, il laissait échap- « per du fluide spermatique. Il nous raconta à « ce sujet une foule d'anecdotes, qui ne nous « permirent pas d'élever le moindre doute sur « ce qu'il avançait. »

Le détachement, auquel Badré appartenait, était sur le point de partir pour l'Afrique, lorsque celui-ci fut atteint subitement d'une affection de poitrine, à laquelle il succomba. Les recherches cadavériques se bornèrent aux testicules ; le droit fut trouvé à l'état rudimentaire à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la face externe du rein ; semblable, sous le rapport du volume, à ceux des fœtus qui ont six mois d'existence. Il avait environ cinq à six lignes de longueur sur trois de largeur et deux d'épaisseur ; sa tunique propre, la seule dont il était recouvert, avait l'aspect brillant et offrait

(1) Montaigne, dans ses *Voyages*, rapporte un fait semblable.

(1) Ce fait rappelle le berger du Languedoc (la profession est notable), qui, par mille incisions successives, s'était coupé la verge entièrement en deux, et ne pouvant plus continuer ce *genre de jouissance*, s'était enfoncé un corps étranger dans la vessie, que Chopart retira par l'opération de la taille.

Nous pourrions enrichir les *Annales* des observations humaines d'un autre fait, s'il ne s'éloignait un peu du sujet de cette note. Il s'agit d'un homme marié, qui, pour augmenter sa jouissance, obtint d'une fille publique qu'elle lui couperait les testicules pendant le coït, ce qu'elle fit en partie. Cet homme fut traité à l'Hôtel-Dieu, en mai 1827.

une couleur blanchâtre. Elle adhérait très faiblement par sa surface intérieure à la substance propre du testicule. Cette substance molle, de couleur brune, résultait de la réunion d'une quantité considérable de petits canaux unis par du tissu cellulaire. Les canaux excréteurs, ni l'épididyme qu'ils forment, n'ont été trouvés ; le canal déférent se trouvait en rapport inférieurement avec la vésicule séminale qui, au lieu d'être faiblement unie à la vessie, y adhérait d'une manière intime. Le canal éjaculateur et la glande prostate n'ont offert aucune trace de leur existence.

Les recherches furent infructueuses pour trouver le testicule gauche, la vésicule séminale et le canal éjaculateur du même côté; le canal déférent existait seul, libre et flottant dans la partie supérieure et adhérant fortement par son extrémité inférieure à la paroi postérieure de la vessie.

Si ces recherches, que nous empruntons au travail de M. Dany, ont été bien faites, et nous ne devons pas en douter; si l'atrophie du testicule était congéniale ou essentielle, comme la chose paraît probable, Badré nous a trompé en affirmant qu'il éjaculait. Un fait certain reste alors, c'est que cet individu était d'une lasciveté notable, quoique dépourvu de ces agens, d'une sécrétion dont *la résorption immédiate* ou *ictéroïde*, dit M. Récamier, *imprime à l'organisation un cachet particulier.*

D'autres expliqueront cette anomalie; nous ne suivrons pas M. Dany dans ses hypothèses sur l'atrophie du testicule trouvé; seulement, nous contesterons à l'observation de Badré une grande valeur dans l'histoire de l'hermaphrodisme (1).

Félix Legros, D.-M. P.

Ancien chef de la clinique Dupuytren.

2. *Conformation vicieuse des organes génitaux chez une femme. — Opération.*

Au Rédacteur.

Monsieur,

Voudrez-vous avoir l'obligeance d'accueillir, dans votre excellent journal le fait suivant, qui m'a fourni l'idée d'une opération hardie, dont le beau résultat est digne, je crois, de la publicité?

J'ai à raconter une disposition extrêmement bizarre des parties génitales, chez la femme, une sorte de mélange des principaux attributs des deux sexes sur le même individu.

Le mot *hermaphrodisme*, pris dans son acception rigoureuse, signifie l'assemblage des organes des deux sexes sur un seul être, de manière qu'il peut, sans le concours d'un autre, reproduire un être semblable à lui. Il n'est donc applicable qu'au règne végétal, où toutes les classes de *Linnæus* le présentent, excepté celle qu'on nomme *diœcie*. Un hermaphrodisme moins absolu et qu'on rencontre dans les classes inférieures du règne animal, est celui par lequel, malgré la réunion complète des organes sexuels sur un même individu, il ne peut se reproduire sans le rapprochement d'un autre individu de son espèce, et porte en lui tout à la fois le pouvoir de féconder et d'être fécondé. Dans la classe des mollusques, les coquillages univalves offrent un exemple de cette espèce d'hermaphrodisme. Cette double faculté devient de moins en moins puissante et finit même par s'évanouir à mesure qu'on arrive à des échelons plus élevés de la création. Ainsi, elle n'existe plus chez les animaux les plus parfaits, chez les mammifères, par exemple, et spécialement chez l'homme. Dans ce dernier, on n'a jamais vu une réunion complète des parties génitales des deux sexes; il y a toujours un sexe prédominant, et l'individu n'est propre qu'aux fonctions qui caractérisent ce sexe.

La personne, dont je vais faire l'histoire, n'était donc point hermaphrodite; c'était une femme et rien qu'une femme, dont les organes générateurs offraient une anomalie de conformation tout-à-fait extraordinaire. Voici le fait: Une demoiselle de vingt-un ans me fut présentée par sa mère, dans le mois de septembre 1834: à la place du clitoris existait une véritable verge, d'une forme parfaite, ayant le volume de celle d'un enfant de douze à quatorze ans; le prépuce était replié plusieurs fois sur lui-même et laissait à découvert le gland, auquel il formait une espèce de frein qui le fixait sur la ligne médiane; le gland était imperforé, car l'urètre n'adhérait point aux corps caverneux, mais occupait la position normale chez la femme et venait s'ouvrir trois ou quatre lignes au dessous de la verge, au sommet d'un angle formé par la réunion de deux petits replis cutanés qui représentaient les nymphes. L'urètre transmettait les urines et les règles; celles-ci avaient paru à treize ans et avaient lieu tous les mois avec une constante régularité; au dessous du méat urinaire, qui avait son diamètre normal, absence complète du vagin; il y avait là une peau garnie de poils et présentant un raphé médian; les grandes lèvres existaient à l'état rudimentaire et étaient formées par quelques plis de la peau du périnée; un testicule, très facile à reconnaître à sa forme, à sa dureté et à la douleur qu'y déterminait la pression, sortait par l'anneau inguinal droit et descendait jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre de ce côté.

Je regrette vivement de n'avoir pu faire dessiner une anomalie si remarquable, pour la mettre en regard de la description.

L'habitude extérieure était évidemment celle de la femme; ainsi, les seins étaient bien développés, quoique la jeune fille eût peu d'em-

(1) Long-temps nié pour l'espèce humaine, l'hermaphrodisme a été mis hors de doute, dans ces derniers temps par le *Valmont*, veuf, âgé de soixante-deux ans, qui, frappé du choléra le 5 avril 1832, alla mourir à la Pitié, et chez lequel on trouva une *verge*, un *scrotum*, une *prostate*, dit *ovaires*, participant de la nature du testicule, un *utérus* avec ses *ligamens*, allant s'ouvrir dans l'urètre, qui, au point de réunion, est large et ridé comme un vagin de vierge.

Mascagni a décrit un taureau qui, outre les organes mâles, avait, comme l'individu dont le professeur *Bouillaud* a rapporté le fait, des ovaires, un utérus et un vagin s'ouvrant également dans l'urètre.

bonpoint; il n'y avait pas de barbe; le bassin, néanmoins, ressemblait à celui de l'homme par son peu d'évasement; les membres étaient grêles et n'avaient pas précisément cette rondeur qui est propre aux personnes du sexe.

J'ai bien étudié le moral de cette demoiselle, car c'était là un beau côté de mon observation, et je l'ai trouvé parfaitement conforme aux goûts et aux penchans de la femme. Ma malade, si je puis l'appeler ainsi, était bonne; sa voix était douce; elle aimait tendrement un jeune homme, à qui elle avait été fiancée; elle ne s'était jamais livrée à la masturbation, comme les nombreux replis du prépuce auraient paru l'indiquer, et elle m'a déclaré que sa verge n'était point susceptible d'érection.

On me consulta pour savoir si la jeune personne était dans le cas de se marier; je répondis à la mère qu'en cet état le coït ne pouvait avoir lieu, et après quelques momens de réflexion, je conçus la possibilité d'une opération qui devait avoir pour résultat l'aptitude à la copulation.

La menstruation était pour moi la preuve de l'existence d'un utérus; l'écoulement des règles par l'urètre démontrait aussi qu'il y avait un canal de transmission entre l'utérus et le conduit excréteur des urines; dès lors, j'avais à faire un vagin artificiel entre le méat urinaire et l'anus, et à amputer la verge qui était un organe inutile, un véritable corps étranger.

Je proposai donc l'opération, et la jeune fille, pleine de confiance et d'espoir, y consentit avec une grande joie. Je la pratiquai le 20 septembre. Le respect dû à la pudeur et le mystère dont il fallut envelopper une opération de ce genre, me mirent dans la nécessité d'agir sans témoin. Aussi, je ne pris qu'un seul aide, et ce fut un praticien expérimenté, M. Dunès, qui voulut bien me prêter l'appui de son amitié et de ses bons conseils.

La malade située comme pour l'opération de la taille, je fais, entre l'anus et le méat urinaire, une incision longitudinale qui passe sur le raphé; parvenu à un pouce de profondeur, le jeu de mon bistouri est gêné, parce que l'espace recto-urétral va toujours en se rétrécissant; ne trouvant pas de vagin, je me détermine à placer dans l'urètre une sonde cannelée, que je dirige vers l'utérus, au lieu de lui faire suivre la route de la vessie. La sonde tombe presque d'elle-même dans un canal qui me paraît évidemment être celui qui conduit de l'utérus à l'urètre. Alors, n'ayant pas d'autre parti à prendre, et au risque d'exposer la malade à une fistule urétro-vaginale, j'incise largement la paroi inférieure de l'urètre, depuis le méat jusqu'aux parties les plus profondes; je retire la sonde, et le bout de mon doigt, enfoncé dans la plaie, touche, au milieu d'un cul-de-sac manifestement tapissé par une muqueuse, un petit corps arrondi présentant deux lèvres, et une fente transversale, que je reconnais très bien pour le museau de tanche. Dès ce moment, les principales difficultés de l'opération sont vaincues; la paroi antérieure du rectum est bien matelassée. Je place aussitôt dans le canal formé par l'opération un gros cylindre de charpie enduit de cérat; il ne me reste plus qu'à amputer la verge. Mon aide retire fortement la peau de cet organe vers le pubis; je fais exécuter cette manœuvre dans l'intention de conserver assez de peau pour simuler le clitoris; la verge est tranchée d'un seul coup aussi près que possible du pubis. Je réunis par une bandelette agglutinative cette nouvelle plaie; il n'y a point d'hémorrhagie pendant l'opération; la malade est portée dans son lit.

Les premiers jours qui suivent, une fièvre vive se déclare; je prescris une diète sévère. Le surlendemain, une hémorrhagie abondante a lieu par les corps caverneux; loin de m'en inquiéter, je la favorise d'abord parce qu'elle produit un dégorgement salutaire; je l'arrête ensuite par une légère compression. Le septième jour, la plaie résultant de l'amputation de la verge est cicatrisée.

J'introduis tous les jours, dans le nouveau vagin, un cylindre épais de charpie enduit de cérat et retenu par un fil; le but de ce pansement est d'empêcher l'adhésion de ses parois et de l'entretenir dans le plus grand état possible de dilatation. On concevra sans peine toute l'attention que je dus apporter à faire cicatriser d'une manière bien isolée les parois de ce canal; un grand nombre de cautérisations avec le nitrate d'argent furent nécessaires, et au bout de deux mois, la cicatrisation était complète. Je fis continuer pendant quelque temps encore l'usage du cylindre de charpie, parce que je savais que ces conduits artificiels, créés par l'instrument tranchant, ont une grande tendance à se rétrécir.

Par l'effet d'une inflammation adhésive, qu'a dû favoriser la présence du cylindre de charpie, les bords de l'incision faite sur la paroi inférieure de l'urètre se sont recollés, en sorte qu'une séparation parfaite existe entre l'urètre et le vagin. Les menstrues ont reparu avec leur périodicité ordinaire, et l'aspect extérieur des parties génitales est, à très peu de chose près, le même que celui de toutes les femmes. La portion de prépuce que j'ai laissée figure très bien le clitoris; il n'y a que les grandes lèvres qui ont peu d'épaisseur.

Cette demoiselle s'est mariée huit mois après l'opération; j'ai vu, il y a peu de jours, la jeune épouse, elle m'a avoué que le coït s'exécutait sans la moindre difficulté, et que les sensations qu'elle éprouvait étaient vives. Elle n'était point enceinte quand je l'ai vue; cependant elle peut bien le devenir, si toutefois elle a des ovaires, ou au moins un du côté gauche, car le testicule qu'elle porte du côté droit, remplace peut-être l'ovaire correspondant. Toutefois, l'étroitesse du bassin ne me laisse pas sans crainte pour l'accouchement.

Marseille, le 7 octobre 1835.

E. Coste, D.-M. P.

Premier chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

—

IV. REVUE CLINIQUE.

Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. Bérard *jeune.*

TRAITEMENT DES ULCÈRES CHANCREUX PAR LES PRÉPARATIONS ARSÉNICALES ET L'EXCISION COMBINÉES. — CLEILOPLASTIE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

Tour à tour vantées et rejetées, les préparations arsénicales ont été employées sous diverses formes dès la plus haute antiquité. Celse donne un grand nombre de formules de poudres, d'onguens, dont l'orpin (sulfure rouge d'arsénic) fait la base et qu'il recommande contre les diverses espèces d'ulcères, de cancers, etc. Les compilateurs arabes en font aussi mention. C'est au XIIIe siècle que remonte l'emploi en médecine de l'oxide blanc d'arsénic, qui, comme on le sait, ne fut découvert que quelque temps avant cette époque. *Theodorus* l'employa à l'extérieur contre les scrophules (*Chirurg. lib.* IV, Venet. 1499, p. 171). C'est pourtant à *Guy de Chauliac*, qui ne s'en servit que dans le siècle suivant pour obtenir l'escarre nécessaire à la cure de l'hydrocèle, qu'on attribue l'emploi de cette substance et même la composition dont on se sert aujourd'hui, bien qu'elle ne se trouve pas dans sa grande chirurgie. *Fabrice d'Aquapendente* l'employa dissous dans du vinaigre contre les scrophules et les cors aux pieds. (*Opér. chirurg.* 1620, Francof. p. 739.) Mais c'est dans *G. Fallope* (*De ulceribus et de tumoribus*, Venet. 1563, in-4° l. II) qu'on trouve indiqué son emploi contre les cancers surtout ulcérés. Il serait trop long et sans utilité de rapporter ici les innombrables formules dans lesquelles l'arsénic blanc fut associé, pour former diverses poudres ou pâtes, à la suie, à la poudre de diverses plantes, au soufre, au sublimé que d'une autre part on a souvent employé seul, au sel gemme, aux autres composés d'arsénic, aux cantharides, etc. La seule employée de nos jours est la poudre anti-chancreuse de Bernard ou plus généralement de frère Côme qui en avait acheté le secret 3,000 livres. Elle porte aussi le nom de Rousselet. Voici la composition primitive de cette poudre qui a varié beaucoup depuis sous le rapport de la dose de l'arsénic.

℞ Sulfure rouge de mercure	ʒ ij.
Sang-dragon	gr. XII.
Cendre de semelle de vieux souliers	gr. VIII.
Arsénic blanc	gr. XL.

La plupart des chirurgiens ont supprimé comme inutiles les cendres de vieux souliers. Voici la formule employée par M. Bérard, elle contient un 17e d'arsénic, tandis que la précédente en contient seulement un 24e.

℞ Cinnabre	10 part.
Sang-dragon	6 part.
Arsenic blanc	1 part.

Enfin M. Dupuytren a formulé une préparation sur laquelle je reviendrai plus tard. Toutes ces préparations ont été cause d'accidens assez fréquens, résultats ou de l'absorption de l'arsénic ou de l'action locale de ce médicament. N'est-ce pas à son emploi dirigé sans précaution, ou à trop forte dose, ou contre des affections qui, telles que les cancers profonds, réclameraient un traitement tout différent, qu'on doit attribuer ces effets fâcheux? Aujourd'hui on ne les emploie plus guère que contre les ulcères chancreux de la peau, affection des plus communes chez les vieillards. Les observations suivantes, en même temps qu'elles nous apprendront à éviter les accidens dont nous venons de parler, nous démontreront que si la fréquence même des ulcères chancreux force à les bien étudier et fait qu'ils sont généralement traités avec succès, les récidives néanmoins, sans avoir la fréquence de celles qui surviennent après l'enlèvement des autres affections de nature analogue, ne sont pas très rares. D'après l'étude des faits qui nous ont passé sous les yeux, nous rechercherons jusqu'à quel point le traitement peut prévenir ces récidives, et si, dans beaucoup de cas, où la maladie s'étant reproduite plusieurs fois, on a attribué cet accident à la prédisposition du sujet, on ne devait pas plutôt en accuser une thérapeutique insuffisante.

Il est inutile de s'arrêter sur la description de cette affection qui se trouve partout; il me suffira de rapporter ici avec quelques détails la première de nos observations, pour donner une idée de la marche de la maladie.

Observation I.—*Cancer de la lèvre inférieure; ablation par l'instrument tranchant; application de la pâte arsénicale au 7e jour. Guérison.*

Houde, Marie, âgée de 80 ans, née de parens sains, n'a elle-même jamais eu de maladie, si ce n'est une fièvre maligne à l'âge de 40 ans. Elle n'a perdu qu'à 50 ans; les deux enfans qu'elle a eus se portent bien. Depuis long-temps à la partie latérale droite du menton, un peu au dessous de la commissure des lèvres de ce côté, elle portait une espèce de verrue qui, s'accroissant peu à peu, avait acquis, sans jamais causer de douleur ni de démangeaison, le volume d'un gros pois, lorsque, il y a environ deux ans, cette femme tomba la face sur le pavé. De là, érasement du bouton, écoulement assez abondant de sang, plus tard formation de croûtes qui, enlevées ou tombant d'elles-mêmes en tout ou en partie, étaient bientôt remplacées par de nouvelles croûtes. L'ulcère était le siége de vives démangeaisons; après être resté long-temps stationnaire, il commença à s'étendre, il y a environ trois mois, sans autre douleur que la démangeaison dont je viens de parler. A l'entrée de la malade à l'infirmerie, le 9 février 1835, la surface ulcérée a environ quinze lignes de diamètre : au dessous des croûtes qui la recouvrent en partie on aperçoit des bourgeons de mauvais aspect. La base légèrement indurée n'adhère pas aux parties sous-jacentes et le doigt porté dans la bouche n'y sent pas de duretés. Le bord libre de la lèvre inférieure n'est pas encore atteint. Pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires et des parties voisines; santé générale bonne, sauf quelques douleurs rhumatismales.

Le 10, la moindre opération, dans ce moment à la Salpêtrière, se compliquant d'érysipèle, on prescrit un vésicatoire au bras droit, une potion avec l'huile de ricin et un lavement.

Le 11, la malade étant assise sur une chaise, la tête maintenue et un peu portée en arrière

par un aide, M. Bérard détacha la surface ulcérée en promenant le bistouri de bas en haut parallèlement à la peau et de manière à enlever seulement les parties malades. Avec le doigt passé ensuite sur la surface de la plaie, il s'assure qu'il n'y reste aucune dureté; et pour arrêter un écoulement de sang assez abondant, il la recouvre d'un morceau d'agaric qu'on maintient avec la fronde (bouillon). La suppuration s'établit peu à peu; l'agaric se détache le 4e jour. On panse alors avec de la charpie sèche.

Le 18, septième jour de l'opération, application de la pâte de Rousselot. La poudre de Rousselot est délayée à l'aide d'une spatule dans un peu de salive de manière à obtenir une pâte semi-liquide bien homogène qui est ensuite appliquée sur toute la surface suppurante et à une ligne et demie au delà; on la recouvre ensuite de plusieurs doubles de toile d'araignée. Jamais nous n'avons vu survenir, à la suite de l'application de cette pâte, d'accidens résultant de l'absorption de l'arsénic. M. Bérard ne l'applique jamais que lorsque la suppuration est en pleine activité, l'absorption se faisant alors beaucoup moins facilement. Ce précepte important attribué à tort à Béclard (*Dict.* en 25 vol. art. *Absorption*) appartient à M. le professeur Dubois. C'est aussi dans le but de prévenir ces dangers qu'on a conseillé d'appliquer la pâte successivement sur les différentes parties de la surface ulcérée. Pour nous, jamais l'étendue des ulcères cancéreux que nous avons eus à traiter n'a paru exiger cette modification du traitement.

Le soir, gonflement érysipélato-œdémateux qui s'étend progressivement jusqu'au dessous du menton, à la lèvre, et s'accompagne d'une fièvre assez vive. Le quatrième jour après l'application de la pâte, le gonflement est tout à fait tombé. A la fin de février, la pâte commence à se détacher, laissant voir une couche de pus bien lié au dessous de laquelle on aperçoit l'escarre obtenue. Il se forme ensuite des croûtes qui, laissées en place, interrompent pendant quelques jours la marche de la cicatrisation; on les fait tomber avec des cataplasmes et on a recours à un pansement simple renouvelé tous les jours; on touche plusieurs fois avec le nitrate d'argent, et le 1er avril la malade sort des salles. Depuis lors, et dernièrement encore, nous l'avons rencontrée plusieurs fois; elle est parfaitement guérie et ne porte pas de difformité bien appréciable.

L'ulcère enlevé, comme dans toutes les observations qui vont suivre, reposait sur une base dure, criant sous le scalpel, d'un blanc grisâtre, homogène, ayant en un mot tout le caractère du tissu squirrheux. Dans aucun de ces cas non plus, il n'y avait d'engorgement des ganglions des parties voisines; c'est plutôt à la nature de l'affection qu'au tissu qu'elle occupe qu'on doit attribuer cette innocuité. Il est en effet une autre forme de cancer, qui, lors même qu'elle occupe la peau, a une marche autrement rapide et envahissante. Je veux parler de l'encéphaloïde.

J'en rapporterai ici brièvement un exemple remarquable que j'ai soumis dernièrement à l'examen des membres de la société anatomique.

Observation II. — Une femme âgée d'environ 45 ans vint mourir dans la salle Ste-Marthe (Incurables) avec une tumeur développée au bord interne de la plante du pied droit; cette tumeur du volume du poing, noirâtre à sa surface, et fournissant une suppuration sanieuse, paraissait se continuer avec la peau qui recouvrait ses parties latérales. A l'*autopsie*, on trouva en effet que le point de départ de la masse cancéreuse était dans le derme, que le tissu graisseux de la plante du pied était sain, mais traversé par des prolongemens fibreux qui se portaient à l'aponévrose plantaire *sans la dépasser*. La masse était formée de plusieurs kystes séparés contenant, les uns une matière noirâtre semi-liquide, un peu filamenteuse (mélanose), d'autres une matière d'un blanc laiteux, vasculaire, laissant suinter un suc blanc à la pression (Encéphaloïde). Tout le membre inférieur de ce côté offrait de distance en distance une multitude de petites tumeurs de même nature sur le trajet des vaisseaux lymphatiques : plusieurs faisaient corps avec le tissu osseux. Le tibia avait son canal médullaire rempli de matières blanches et noires non ramollies; le périoste était envahi par la dégénérescence, tandis que le tissu compact de l'os était sain. L'aine droite offrait une tumeur énorme plus grosse que les deux poings, étranglée au niveau de l'arcade crurale, s'étendant dans le grand bassin et séparée des viscères par le péritoine. Cette tumeur, ainsi qu'une autre analogue, située à la partie interne de la cuisse et s'étendant jusqu'au fémur, était formée des mêmes substances que celle du pied. Les cordons sur lesquels étaient placés les renflemens décrits venaient aboutir à ces deux tumeurs. Infiltration considérable du membre, dont plusieurs veines étaient oblitérées par des caillots. Le foie était atteint de dégénérescence encéphaloïde.

Cependant la maladie, primitivement locale, avait commencé, il y avait quelques années, au dire de la malade, par un petit ulcère de la peau du pied. Un médecin, regardant l'affection comme peu importante, lui donna le conseil de l'abandonner à la nature, et lorsqu'elle se décida à venir chercher des secours plus efficaces, le mal avait dépassé les limites dans lesquelles il est permis à l'art d'agir.

Il est d'une grande importance de distinguer à son début cette forme de cancer de l'ulcère chancreux ordinaire, ou squirrhe de la peau. En effet, le pronostic en sera toujours plus grave, alors même qu'on l'observera dans une période où l'opération serait possible. Bien qu'ici les renseignemens aient été incomplets, que la malade ait dit que l'affection avait commencé par une petite ulcération, l'examen de la pièce anatomique nous montrant des prolongemens de la peau sur les parties latérales de la tumeur, de telle sorte qu'une portion du derme la recouvrant sur un point, plus loin elle n'était recouverte que de l'épiderme, la destruction marchant des parties profondes aux parties plus superficielles, nous pensons que l'affection a dû commencer primitivement dans l'épaisseur même du derme ou du tissu sous-dermoïde, et atteindre un certain développement avant de se terminer par ulcération.

Il est encore une autre affection de la face, envahissante comme l'ulcère chancreux, récla-

mant un traitement analogue sous le rapport de la cautérisation, et pourtant, selon M. Bérard, bien distincte de cette dernière maladie; je veux parler du *noli me tangere*. Je vais en citer une observation.

Observation III. — Barrois, veuve Gérard, âgée de 64 ans, a vu survenir, il y a une vingtaine d'années, vers le temps critique, dans le haut de sa tempe gauche, un bouton noir de la grosseur d'une lentille, qui, malgré des coups reçus sur la tête et au dessus du sourcil, resta dix ans sans être douloureux et sans suppurer. Au bout de ce temps, ulcération de la peau, qui se couvrit de croûtes et s'étendit vers la paupière. La malade entra alors à Saint-Louis où, pendant cinq mois, tous les trois jours, elle fut cautérisée avec le nitrate acide de mercure; elle en sortit n'ayant plus qu'un petit point ulcéré au niveau du sourcil. Elle resta ensuite sept ans sans faire de traitement. Pendant cet intervalle le mal s'accrut, la paupière supérieure se prit avec tout le côté gauche du front. Au niveau de l'arcade sourcillière, est un champignon du volume d'une pomme, douloureux, saignant au contact; les commissures sont un peu ulcérées. Du reste, l'œil de ce côté est parfaitement sain, mais le champignon, par son poids, force la paupière supérieure à laquelle il adhère, à rester abaissée, et, par une fatalité singulière, l'autre œil est complétement perdu.

Des cautérisations avec le fer rouge à blanc furent réitérées tous les huit jours pendant un mois environ, puis on employa la poudre de calomel et d'arsénic qu'employait Dupuytren. Pendant ce temps, l'affection ne fit point de progrès, le front se dépouilla de ses croûtes, parut se recouvrir d'un épiderme sain, le champignon diminua, un peu lentement à la vérité, et l'on aurait pu espérer la guérison, si un rhumatisme articulaire aigu intercurrent n'eût interrompu le traitement, et si, à sa terminaison qui se fit long-temps attendre, la malade n'eût voulu sortir.

L'affection est ici plus superficielle encore que dans l'ulcère cancéreux, ou du moins elle s'étend davantage en largeur, donne naissance à des champignons fongueux qu'on n'observe pas dans celui-ci. Le traitement n'est pas non plus tout à fait identique. Des cautérisations répétées, comme on l'a vu, n'aggravent pas le mal comme le pourrait faire supposer le nom que les auteurs anciens lui avaient imposé. On a vu quelle amélioration avait été produite par cette médication. La récidive et l'extension consécutive de la maladie doivent aussi engager à ne jamais abandonner d'affection cancéreuse susceptible de guérison à la nature, avant que cette guérison soit tout à fait consolidée.

Il est cependant une circonstance qui rapprocherait ce cas des autres ulcères cancéreux, c'est son début par un bouton noir. J'ai vu en effet opérer l'an dernier, à l'Hôtel-Dieu, un ulcère chancreux de la plante du pied, qui avait commencé par un bouton noir, saillant et dur. Quelquefois aussi l'ulcère commence par une ulcération traumatique ou une pustule qu'on irrite et qui dégénère; mais dans la plupart des cas il commence par un bouton qui, écrasé dans une chute (Obs. I), ou gratté, écorché, saigne, se recouvre de croûtes qui se dessèchent bientôt pour retomber. Les caractères de ce bouton sont bien décrits par les auteurs; il est à base large, dur, d'un blanc sale, et n'offre même à la loupe aucune trace de follicule pileux.

On peut suivre sur une des malheureuses qui sont à la salle Sainte-Marthe les diverses phases de cette affection. Cette femme qui n'a pas été opérée à cause de son âge et de la maladie de l'utérus à laquelle elle ne tardera pas à succomber, porte, sur diverses points de la face, plusieurs boutons; les uns ont l'aspect qui vient d'être décrit; d'autres commencent à s'ulcérer et se recouvrent d'une petite croûte jaunâtre; enfin l'un d'eux a fait place à un véritable ulcère cancéreux assez large.

Dans les observations suivantes, l'affection n'a pas eu une autre marche, abstraction faite de la lenteur ou de la rapidité; comme elles ne diffèrent de la première que par leur siége et par quelques circonstances peu importantes, nous les rapporterons brièvement.

Observation IV. — *Ulcère cancéreux de la joue.*

Bourgeois (Marie), âgée de soixante-treize ans, entra le 8 mai à l'infirmerie pour une ulcération de mauvaise nature, qu'elle porte à la joue gauche, au niveau de la pommette. Cette affection avait, dit la malade, commencé par un bouton qui, venu à la suite d'un mal d'oreille de longue durée, avait disparu, puis, s'étant remontré à divers endroits, s'était enfin fixé au lieu mentionné. Elle le gratta, l'écorcha, et en dix mois l'ulcère qui en était la suite avait atteint la largeur d'une pièce de trente sous.

Le 9, on l'enlève avec le bistouri; le 13, quatrième jour, on applique la pâte arsénicale. Tuméfaction, rougeur, qui disparaissent après quatre ou cinq jours. A la fin de mai, chute de l'escarre et de la pâte, au dessous desquelles est une petite ulcération de bon aspect, qu'on panse simplement; le 5 juin on a laissé former une croûte, au dessous de laquelle l'ulcère reste stationnaire. Du 6 au 14, on touche deux fois avec la créosote. Le 14, cicatrisation parfaite; aucune difformité.

Dans toutes nos observations, et dans celles que M. Bérard a faites antérieurement, jamais nous n'avons vu qu'après la chute de l'escarre et de la croûte formée par la pâte, la cicatrisation se fût opérée complétement. Toujours il est resté une petite ulcération qui a dû être traitée comme une plaie simple à marche un peu lente. Il est important, dans cette période, de ne pas laisser de croûte se former sur la plaie. C'est pour avoir négligé ce précepte que, dans les deux observations déjà rapportées, la marche de la cicatrisation a été retardée. Il en fut encore de même dans le cas suivant à la fin du traitement.

Observation V. — *Ulcère cancéreux du nez.*

Grandjean, veuve Rambout, âgée de soixante-sept ans, avait au bout du nez un petit bouton qui, il y a environ quinze ans, vers le temps critique, s'écorcha à force d'être gratté, et après avoir suivi les périodes ordinaires de la maladie, se transforma en une ulcération qui, le 13 juin, a la largeur d'environ une pièce de quinze sous, et est située sur le côté gauche du bout du nez. Le doigt introduit dans la na-

rine fait reconnaître que l'ulcère, peu profond, ne s'étend pas sur la sous-cloison.

Il est enlevé à l'aide du bistouri et de la pince; une des branches de terminaison de l'artère faciale est tordue. Cependant, le sang continuant à couler en nappe avec assez de force, on établit un bandage compressif qui est enlevé le lendemain. Le 17, quatrième jour, application de la pâte, qui détermine une rougeur érysipélateuse de tout ce côté de la face, qui cède à des onctions mercurielles et à une tisane laxative employées jusqu'au 21. Les croûtes ne tombent que vers le milieu de juillet, et la malade sort guérie quelques jours après, offrant une petite perforation, large comme une tête d'épingle, qui communique avec la narine; il serait sans doute facile d'y remédier par des cautérisations répétées, mais l'âge de la malade la rendant à peu près insensible à cette légère difformité, on l'a renvoyée dans son dortoir.

Voici maintenant un cas dans lequel, la perte de substance étant considérable, il a fallu recourir à l'autoplastie. Le cancer siége, comme on le sait, assez rarement sur la lèvre supérieure; de là vient que les auteurs ne donnent pas de procédé pour remédier à la perte de cette partie, tandis qu'ils en contiennent une si grande quantité pour la lèvre inférieure. M. Bérard a donc dû en créer un: la réussite est parfaite, et malgré la traction éprouvée par les parties voisines qui ont dû remplacer ce qui était enlevé, on ne se douterait pas que la malade a une nouvelle lèvre.

Observation VI.— *Cancer de la lèvre supérieure.— Ablation.—Chéiloplastie.*

Mainon, âgée de soixante-six ans, est dans un état d'aliénation tel qu'on ne peut obtenir aucun renseignement sur son état antérieur, et sur la manière dont a débuté l'affection. Elle est maigre, mais sa santé générale paraît excellente.

La lèvre supérieure, à droite, offre une ulcération cancéreuse, de la largeur d'une pièce de cinq francs, à base dure. La dégénérescence cancéreuse envahit l'épaisseur de la lèvre, s'étendant en haut au dessus de l'aile du nez, en bas et en dedans au delà de la sous-cloison et du côté gauche.

L'opération fut pratiquée dans le mois de février (1) sans préparation antécédente.

La malade assise sur une chaise, maintenue par des aides et la tête renversée en arrière, M. Bérard saisit entre le pouce et l'index gauche la portion de lèvre malade, et la détacha avec le bistouri dans toute son étendue, la circonscrivant en dedans par une incision perpendiculaire au bord libre de la lèvre, en dehors et en haut par une incision courbe s'étendant jusqu'au dessus de l'aile du nez de ce côté. (On peut, pour comprendre plus facilement le procédé de chéiloplastie qui sera décrit plus bas, considérer cette dernière incision comme formée par deux incisions, l'une également perpendiculaire à la direction des lèvres, l'autre tranversale et unissant supérieurement les deux premières.) Les incisions furent portées à une ligne et demie au delà de la partie malade; il en résulta une plaie de forme irrégulière, qui mit à nu le bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit dans toute son étendue, une portion de celui du côté gauche, et une partie de la fosse canine. Deux ligatures seulement sont nécessaires.

Pour remédier à cette grande perte de substance, M. Bérard forma deux lambeaux latéraux, en prolongeant l'incision transversale ou supérieure jusqu'au devant de chaque muscle masséter. Une incision parallèle à la première fut faite dans la même étendue, à partir de la commissure droite des lèvres. L'opérateur ne jugea pas à propos d'inciser la commissure gauche. (On sent bien que rien n'empêcherait de le faire, si l'étendue de la perte de substance le réclamait.) Les deux lambeaux obtenus comprennent toute l'épaisseur de la joue, et offrent la forme d'un carré alongé ou d'un rectangle, dont trois bords sont libres, savoir: le supérieur, l'interne et l'inférieur, et dont le quatrième ou externe est adhérent au devant du muscle masséter. Les lambeaux furent attirés vers la ligne médiane, et unis l'un à l'autre par leur bord interne à l'aide de trois points de suture entortillée. Par leur bord supérieur, ils furent fixés aux joues par des points de suture entortillée en nombre suffisant; à la partie inférieure des fosses nasales et à la sous-cloison, par deux points de suture simple. En bas, des points de suture entortillée les unirent à la joue jusqu'au niveau de la commissure des lèvres, de telle sorte qu'une partie du bord inférieur du lambeau droit, saignant, formait le bord libre de la nouvelle lèvre supérieure (1). Le pansement consista seulement dans l'application de bandelettes de diachylum placées transversalement. On eut beaucoup de peine à empêcher la malade de parler. Son état d'aliénation servit à la garantir d'imprudences qu'elle n'aurait pas manqué de commettre. Elle croyait être enceinte de plusieurs mois; dès-lors il fut facile, en lui disant qu'elle nuirait à son enfant, de lui persuader de prendre les médicamens, et même les alimens qu'elle refusait d'abord avec obstination. On put, de la sorte, lui faire prendre l'opium jusqu'a cinq grains par jour pendant la première semaine. Cette dose élevée ne produisit cependant d'autre effet qu'un peu de calme, mais aucun symptôme de

(1) Par conséquent antérieurement à une opération du même genre, faite par M. Lisfranc, dont la *Gazette médicale* parle, en rendant compte de la séance de l'Académie, dans laquelle M. Bérard présenta la malade dont il est question.

(1) La perte de substance, comme on l'a vu, après l'ablation du mal, s'étendait au dessus de l'aile du nez; après avoir rapproché les lambeaux rectangulaires sur la ligne médiane, il restait donc encore à la partie supérieure de la plaie une petite portion qui n'était pas recouverte par ce lambeau; pour ne pas compliquer la description du procédé de chéiloplastie imaginé par M. Bérard, j'ai préféré indiquer ici comment il procéda pour remédier à la dénudation de cet espace: Une incision verticale de huit lignes environ longea l'aile gauche du nez; on obtint ainsi un petit lambeau triangulaire à base tournée en haut et en dehors, qui fut abaissée et fixée à la lèvre inférieure de l'incision supérieure droite, à l'aide d'un point de suture entortillée vers son sommet, et de deux points de suture simple sur ses côtés.

narcotisme. Les aiguilles furent enlevées, en partie le huitième jour, en partie le neuvième. La réunion par première intention avait eu lieu; seulement, à l'union des lambeaux avec la sous-cloison, il existait une petite perforation qui, par l'usage des cautérisations avec le nitrate d'argent, guérit parfaitement au bout de quelques jours. Il n'y eut d'autre accident qu'un petit abcès qui se manifesta à l'angle de réunion du bord supérieur du lambeau droit avec la joue, évacua par cet angle même, et ne tarda pas à se cicatriser sous l'influence d'une douce compression. La malade sortit des salles au commencement de mai; et lorsque, le 14 août de cette année, M. Bérard la présenta à l'Académie royale de médecine, la lèvre supérieure n'offrait d'autre difformité que celle qui résulterait d'une opération de bec de lièvre faite de la manière la plus heureuse. Il existe au dessous de la narine du côté droit une cicatrice linéaire verticale. Les autres cicatrices sont à peine visibles; elles seraient plutôt prises pour des rides.

Après l'ablation du mal dans les *Observations* I, IV et V, on employa le caustique: on voit facilement pourquoi, ici, on n'eut pas recours à ce moyen. Toutes les fois que les tissus sont placés de telle sorte qu'on peut faire sans danger, et sans qu'il reste de difformité désagréable pour le malade, une incision profonde, prolongée bien au delà du mal; toutes les fois que, d'une autre part, un organe libre par ses deux faces, tel que la lèvre, malade dans presque toute son épaisseur, demande à être enlevé en totalité, il est évident que le caustique serait non seulement inutile, mais encore nuisible, puisque toute son action s'épuiserait sur des tissus sains. Il n'en est pas de même quand on est obligé, par la position des parties, de couper le plus superficiellement possible; presque toujours, alors, on laisse quelques portions de tissu malade, qui, abandonnées à elles-mêmes, ne tardent pas à reproduire la maladie que l'application de la pâte arsénicale aurait prévenue. En voici un exemple:

Observation VII.—*Ulcère cancéreux du nez. — Excision. — Reproduction de la maladie. —Nouvelle opération.—Application de la pâte arsénicale.— Guérison.*

Moisson, veuve Bourdon, âgée de 69 ans, entre le 30 mars 1835 à l'infirmerie. Quelque temps après la cessation des règles, il se manifesta sur la partie latérale gauche du nez un petit bouton qu'elle écorcha, et qui grossit peu à peu jusqu'en 1833. Alors ce bouton n'était pas recouvert de croûte; mais il saignait très facilement, et était le siége de quelques élancemens. Elle fut opérée à la Charité; la tumeur fut enlevée avec le bistouri, et le sang arrêté avec un tampon de charpie. La plaie fut d'abord pansée simplement, puis avec du diachylum. Jamais cependant il n'y a eu de cicatrice complète; l'ulcération s'étendit bientôt en largeur et en profondeur. Aujourd'hui elle a environ le diamètre d'une pièce de quinze sous, est recouverte d'une croûte jaunâtre, au dessous de laquelle est une surface ulcérée, profonde, recouverte d'un pus jaunâtre. Le centre en est creusé à une profondeur de plus de trois lignes. On sent pourtant encore une assez grande épaisseur de parties saines entre le doigt introduit dans la narine et la base de la tumeur, qui repose sur les cartilages des ailes du nez. Jamais il n'y a eu d'écoulement purulent par la narine; les tégumens du pourtour de la tumeur sont rouges, engorgés, comme tiraillés, mais peu douloureux.

Le 1er avril, M. Bérard enlève la partie malade avec un bistouri courbe, dans l'épaisseur de près de deux lignes et demie; alors il s'aperçoit que l'ulcère, qui depuis hier s'était recouvert d'une croûte, est loin d'avoir été entièrement enlevé. Une nouvelle excision concentrique à la première, et plus profonde, achève l'opération.

Le 4, troisième jour de l'opération, on enlève le morceau d'agaric qui avait été mis pour arrêter le sang, et on applique la pâte de Rousselot. La rougeur, la douleur et la tuméfaction persistent jusqu'au quatrième jour après l'application de la pâte, qui reste vingt et un jours en place. Il reste alors une petite plaie beaucoup plus superficielle, qui se couvre de bourgeons charnus qu'on touche plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Il se forme de petites escarres, qui, laissant le pus s'accumuler au dessous, empêchent la cicatrisation de se former. On fait un pansement simple; pourtant il reste comme un petit entonnoir, où la sécrétion de la peau s'accumulant forme une espèce de croûte. Toutefois cette femme est revenue aujourd'hui 9 septembre à la consultation; elle est parfaitement guérie: le petit infundibulum dont je viens de parler est à peu près de niveau avec le reste de la narine.

Dans ce cas, si l'on eût voulu recourir encore à l'excision simple, on aurait été forcé d'emporter toute la narine, sous peine de voir le mal récidiver. Le caustique, en effet, outre qu'il achève de détruire ce que le bistouri laisse, imprime aux tissus voisins une inflammation salutaire qui les modifie dans leur manière d'être, et détruit la tendance qu'ils ont à s'affecter de la même manière que les parties enlevées. Bien que l'ablation par l'instrument tranchant soit la méthode généralement adoptée, nombre de praticiens emploient cependant exclusivement les caustiques. Outre les formules indiquées au commencement de ce travail et dont l'arsénic fait la base, il en est encore un grand nombre d'autres: tous ces topiques merveilleux, que l'on vante contre ces affections, ne sont autre chose que des médicamens de cet ordre. Toutefois cette médication a de graves inconvéniens. On doit, pour réussir, employer un caustique très actif qui détruise le mal en une ou deux applications au plus; on ne peut donc pas mesurer la profondeur à laquelle on agit, et on risque d'aller bien au delà des parties malades. Si l'on emploie un caustique plus faible, on voit au contraire le mal faire des progrès, loin de rester stationnaire. La pâte arsénicale n'agit pas, en effet, autrement que comme caustique. Cependant quelques auteurs lui croyaient une action spéciale, et disaient que cette action ne portait pas sur le cancer lui-même, mais bien sur les parties voisines dont elles le détachaient par énucléation. Cette opinion, donnée comme

preuve de la vie indépendante du cancer, est aujourd'hui abandonnée (Carmichael, *an essay on the iron, upon Cancer;* 1819, p. 336.) Faut-il en dire autant de l'opinion suivante?

M. Dupuytren employait l'acide arsénieux uni au calomel dans les proportions suivantes : arsénic blanc, 4 parties; calomel, 96, soit en forme de poudre qu'il insufflait sur les parties malades, soit en forme de pâte semi-liquide faite de ce mélange suspendu dans de l'eau gommée, et dont il couvrait ces mêmes parties. Ces préparations agissaient, selon lui, non pas comme caustiques, mais comme modificateurs des tissus affectés. Pourtant la seule observation sur ce sujet que renferme un article des Leçons orales où il en est question, n'offre pas un exemple de guérison complète, et un de mes collègues, qui a été attaché pendant deux ans au service du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, m'a également assuré n'avoir pas vu guérir d'ulcère chancreux par ce moyen. Nos observations confirment ce résultat.

Observation VIII.— La femme Rédon, âgée de 83 ans, portait depuis long-temps à la narine droite un bouton qu'elle gratta, écorcha, et qui se transforma en un ulcère chancreux, pour lequel elle vint à la consultation au commencement de l'hiver. On employa successivement des insufflations de la poudre indiquée, puis la poudre délayée dans une dissolution de gomme : la maladie ne fit que s'étendre, sembla même activer sa marche, la malade ayant refusé de se soumettre à l'opération; aujourd'hui 9 septembre, cette malade, que j'ai eu occasion de revoir, porte une perforation considérable de la narine, dont la paroi inférieure seule existe encore. Toutefois l'ulcère ne paraît pas s'étendre beaucoup en largeur.

Observation IX.— *Ulcère cancéreux du nez. — Application de la pâte de Dupuytren.— Insuccès.— Ablation.—Pate arsénicale. —Guérison.*

La femme Claudin, âgée de 60 ans environ, vint à la consultation dans le courant de l'hiver. Elle portait depuis long-temps une ulcération du bout du nez, à forme cancéreuse. On appliqua d'abord la pâte de Dupuytren à trois ou quatre reprises. Le mal ne paraissant nullement se borner, on excisa, puis on mit au troisième jour la pâte de Rousselot. La guérison se fit assez rapidement, et se maintient, comme nous l'avons constaté en revoyant dernièrement cette femme à la consultation.

On ne dira pas ici que c'était la nature du mal qui empêchait la guérison, puisque ce mal a cédé au traitement ordinaire. Nous terminerons par une dernière observation, dans laquelle nous verrons employés tour à tour le caustique et l'instrument tranchant, mais seuls et à différentes époques.

Observation X.— *Ulcère cancéreux du nez et de la joue.—Cautérisation.— Insuccès.— Excision.—Insuccès.—Excision, pâte arsénicale le troisième jour.—Guérison.*

Geneviève, femme Marette, âgée de 49 ans, ans, ne connaît dans sa famille qu'une parente éloignée de son père atteinte d'ulcère chancreux. Il y a douze ans qu'apparut sur l'aile gauche du nez un petit bouton qu'elle écorcha à différentes reprises. L'ulcération s'agrandit peu à peu, et envahit toute l'aile gauche. Un premier médecin appliqua la pâte de Rousselot, après avoir enlevé les croûtes; il n'y eut pas de guérison. Plus tard, M. Bougon, après avoir excisé très superficiellement avec le bistouri, fit deux applications d'un caustique liquide : la cicatrisation n'arriva pas davantage. Deux ans après, à la sixième année de la maladie, Dupuytren enleva avec le bistouri les parties affectées; il y eut bien cicatrisation des portions les plus internes, mais le mal repullula vers la joue; et aujourd'hui, cinq ans après l'excision, le mal envahit la joue gauche dans l'étendue de trois quarts de pouce, à partir du nez.

Le 19 août, excision avec le bistouri courbe et la pince de la partie malade, en allant d'abord de la joue vers le nez, puis du bout du nez vers la joue. On tord une petite artère. L'opération, quoique très rapide, est fort douloureuse. Pansement avec un disque d'agaric.

Le 22, application de la pâte arsénicale. Gonflement énorme, rougeur de la joue. On fait des onctions d'onguent mercuriel. Le cinquième jour après l'application de la pâte, les accidens ont disparu.

Le 12 septembre, la pâte tombe avec l'escarre; il reste au dessous une couche de pus concret qui donne un aspect blafard à l'altération. On fait tomber cette croûte en pansant avec un linge enduit de cérat. On obtient alors une plaie simple, recouverte dans toute son étendue de bourgeons vermeils qu'on touche légèrement avec le nitrate, et qu'on panse à plat.

Le 20 septembre, la cicatrisation est en grande partie formée. La plaie se rétrécit, et la guérison est complète après une quinzaine de jours.

—

De ces faits on peut tirer les conclusions suivantes :

L'ulcère chancreux non compliqué, simple, unique, n'est pas une affection bien grave, si on la traite à temps et convenablement.

Quel que soit l'âge du sujet, quelle qu'ait été la lenteur avec laquelle l'affection a marché jusqu'alors, il convient de l'enlever si elle paraît vouloir faire des progrès. C'est dans les hôpitaux des vieillards, dans la division des incurables, qu'on peut s'assurer de la nécessité d'arrêter le mal avant de lui laisser prendre de l'extension.

L'excision simple et superficielle ne prévient pas toujours les récidives.

Les caustiques, et en particulier la pâte de Dupuytren, sont des moyens infidèles qui aggravent souvent le mal, au lieu d'en procurer la guérison.

Le meilleur traitement, celui qui a toujours réussi à M. Bérard, c'est le traitement du professeur Dubois : l'excision à l'aide de l'instrument tranchant, puis l'application de la pâte de Rousselot, ont amené une cure complète et radicale, alors que l'excision seule (*Obs.* VII), la cautérisation seule (*Obs.* VIII et IX), enfin l'excision et la cautérisation faites à différentes époques (*Obs.* X), avaient échoué. L'application de la pâte arsénicale ne produit d'autre

accident qu'une inflammation locale, qui nécessite même très rarement l'emploi de l'onguent mercuriel en onctions; mais, et ce précepte est de la plus haute importance, jamais cette pâte ne doit être mise avant que la suppuration ne soit bien établie, c'est-à-dire avant le troisième ou quatrième jour depuis l'excision de l'ulcère.

A. Godin,
Interne à la Salpétrière.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Au Rédacteur,

Paris, 10 décembre 1835.

Monsieur le Rédacteur,

Nous comptons assez sur votre justice et votre impartialité, pour être certain qu'en conséquence de la lettre de M. Desruelles, insérée dans votre journal, notre réponse trouvera place dans votre plus prochain numéro.

Nous nous bornerons à la simple exposition des faits, laissant à nos confrères le soin de les commenter.

Premier fait. — Pendant le cours de notre service comme chirurgien en chef à l'hôpital du Mans, nous avons traité par le mercure toutes les syphilis, à l'exception des *blennorrhagies simples* (nous avons donné les raisons de cette exception à l'Académie royale de médecine) et nous n'avons point vu nos malades rentrer à l'hôpital avec des récidives.

Deuxième fait. — Pendant ce même temps, nous avons vu, soit dans l'hôpital, soit à la consultation, un assez grand nombre de malades traités, d'après leur rapport, sans mercure, à l'hôpital de Rennes, avec des récidives de syphilis, et ce nombre nous a semblé assez considérable, pour que nous puissions approximativement les porter à quatre-vingts.

Troisième fait. — (Nous l'avions passé sous silence, espérant que notre confrère nous en saurait quelque gré). Parmi les malades soumis, à l'hôpital de Rennes, au traitement sans mercure, plusieurs nous ont assuré que, connaissant par expérience ou par tradition l'insuffisance de ce traitement, ils y joignaient d'eux-mêmes l'usage des mercuriaux. Dès lors, dans cet hôpital, comme dans plusieurs autres, si nous sommes bien informés, l'on a fait *plus d'une fois* honneur à la méthode anti-phlogistique des guérisons dues au spécifique, dont l'efficacité ne peut être contestée.

Quatrième fait. — M. Desruelles (de Rennes) avance (*Gazette médicale*, n° 49) « *que tous les vénériens de l'hôpital du Mans sont traités par le mercure.* » C'est une erreur *bien grave dans la question*, et qu'assurément il n'eût point commise en consultant les cahiers des visites au lieu des registres du bureau de comptabilité; il aurait vu que jamais nous n'avons traité *une seule blennorrhagie simple par les mercuriaux.* Que dès lors, il avance un fait matériellement faux, et que, d'un autre côté, si quelques uns de ces malades sont allés, comme il le prétend, rechuter à Rennes, c'est une bonne preuve de plus contre l'efficacité de sa méthode.

Tous ces faits ont été, à l'hôpital du Mans, l'objet de nos leçons cliniques. Ils ont eu pour témoins et pour gérans MM. Godefroi, Massot, Cox, Denery, Trumeau, Germain, Halbout, Barbier, Le Prou, Plu, Hager, Le Mercier, Le Roy des Berres, L'Hermite, Huet, Chardron, etc., etc., etc., alors élèves de l'hôpital du Mans, aujourd'hui, les uns praticiens recommandables; les autres, élèves distingués de l'école de Paris. Nous ne voyons, dès lors, qu'un seul moyen de mettre en question des faits aussi publiquement recueillis, c'est de supposer que tous ces malades se sont entendus pour nous tromper sur leurs antécédens. Mais alors, par quel motif? Et dans une semblable hypothèse, que deviendraient toutes les observations consignées dans les fastes de l'art, celles de M. Desruelles lui-même?

Que nous oppose M. Desruelles (de Rennes):

1° Le relevé des registres de comptabilité où se trouvent, comme nous le savons, pour toutes les maladies, l'une ou l'autre de ces trois indications : *fièvreux, blessé, vénérien;* rien de plus. C'est d'après un guide semblable qu'il prétend compter les récidives et les non récidives de la syphilis;

2° Ces relevés, faits depuis 1826 (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*), 1829; *Gazette médicale* (car il y a des variantes), jusqu'en 1834. Or, nous avons pris le service chirurgical de l'hôpital du Mans en 1823, et nous avons donné notre démission en mars 1833. Un rapprochement semblable n'a pas besoin de commentaires.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentimens très distingués.

Votre très humble serviteur,

Lepelletier (de la Sarthe).

Nous avons dû insérer la réclamation de M. Lepelletier, de même que nous devons mettre sous les yeux de nos lecteurs le tableau que nous a envoyé M. Desruelles, comme preuve de ses assertions.

TABLEAU *des Militaires traités comme vénériens à l'Hôpital du Mans, par le système mercuriel, depuis* 1829 *jusqu'à* 1834.

DÉSIGNATION des RÉGIMENS.	NOMBRE d'hommes	NOMBRE de journées	MOYENNE des journées	NOMBRE des hommes traités à Rennes, récidivés et rentrés au Mans. (7 malades au lieu de 89.)
4e Chasseurs. (De 1820 à 1830.)	72	7013	14	
16e Chasseurs. (De 1830 à 1831.)	111	2739	24	7 malades au lieu de 80.
4e Hussards. (De 1831 à 1832.)	79	2163	27	
Corps divers. (De 1832 à 1833.)	60	2015	33	
9e Dragons. (De 1833 à septembre 1833.)	26	1136	43	
	348			

M. Lepelletier (de la Sarthe) a eu 12 récidives sur *cent*.

TABLEAU *des Militaires traités comme vénériens à l'Hôpital Militaire de Rennes, de* 1829 *à* 1833.

NOMBRE des hommes traités au Mans, récidivés et rentrés à Rennes. (31 malades.)	DÉSIGNATION des RÉGIMENS.	TRAITEMENT SANS MERCURE. NOMBRE d'hommes	TRAITEMENT SANS MERCURE. NOMBRE de journées	MOYENNE des journées	TRAITEMENT MERCURIEL. NOMBRE d'hommes	TRAITEMENT MERCURIEL. NOMBRE de journées.	MOYENNE des journées
	4e Hussards. (Juillet 1830.)	15	453	30	5	436	37
31 malades.	16e Chasseurs. (Déc. 1830 à 1831.)	58	1887	32	4	496	124
	11e Chasseurs. (Avril 1831.)	22	824	37	4	342	85
	4e Chasseurs. (Mai 1831.)	4	131	32	»	»	»
	9e Dragons. (Mai 1831 à 1832.)	100	2639	26	14	922	65
		199			27		

M. Desruelles (de Rennes) 2 et 1/8 sur *cent*.

Copie des Tableaux envoyés par M. Desruelles (de Rennes) *à l'appui de sa réclamation.*

DEVERGIE aîné.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE, ou *Recueil de Mémoires originaux et des travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicamens, publiée par* L.-J Bayle, *docteur-médecin praticien, agrégé en exercice de la Faculté de Paris, etc.* Tome troisième, *contenant les travaux thérapeutiques anciens et modernes, sur la digitale pourprée, sur le seigle ergoté et la ciguë, par plus de cent cinquante auteurs.*

Aujourd'hui ce ne sont pas les faits qui manquent en médecine; les journaux, les thèses, les mémoires, les livres, en contiennent par milliers. Mais ces faits, épars, ne sont d'aucune utilité réelle, parce que nul ne peut les connaître, en tirer des conséquences, en déduire des règles pour l'avenir.

C'est donc une louable idée qu'a eue M. Bayle, que celle de rassembler les faits thérapeutiques disséminés çà et là; son travail sera utile à la science et à l'humanité.

Les médecins lui devront des remercîmens pour les peines et les recherches qu'il leur aura évitées; la plupart d'entre eux, emportés par les soins de la pratique, n'ont pas le temps de feuilleter les centaines de volumes dans lesquels sont noyées les observations des auteurs, et liront avec empressement un livre qui réunit ces observations et permet de se mettre, en peu d'heures, au courant de ce qui a été fait jusqu'à ce jour sur tel ou tel médicament.

Le second volume de la *Bibliothèque de thérapeutique* a paru en 1830; des circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur ont retardé jusqu'à ce jour la publication du troisième; espérons que les volumes suivans paraîtront à des intervalles de temps plus rapprochés.

Ce troisième volume, dont nous donnons aujourd'hui l'analyse, contient les travaux tant anciens que modernes sur la digitale pourprée, le seigle ergoté et la ciguë. Un article de journal ne nous permet pas de nous étendre sur ce travail autant que le mériterait un sujet si important; nous tâcherons cependant d'en donner une idée suffisante pour que chacun puisse apprécier l'étendue des recherches de l'auteur, porter un jugement aussi exact que possible sur les divers résultats obtenus, et dès lors, employer en connaissance de cause les trois agens thérapeutiques qui font l'objet de ce travail.

Digitale pourprée (digitalis purpurea).

Quarante auteurs et plus ont fourni les matériaux du travail de M. Bayle sur la digitale. Ces auteurs, anglais, français, italiens et allemands, ont expérimenté cette substance principalement contre l'hydropisie cellulaire ou abdominale, et contre la phthisie pulmonaire.

Dans plus de deux mille sept cents faits, publiés par ces auteurs, deux mille deux cents environ n'ont été publiés que pour constater les effets physiologiques du médicament; et des cinq cents autres, beaucoup sont trop peu détaillés, pour qu'on en puisse déduire des conséquences rigoureuses. En outre, M. Bayle a soin de nous avertir que la plupart des auteurs ne publient guère leurs essais thérapeutiques que quand ils ont obtenu des résultats avantageux. On doit ne pas regarder les proportions des guérisons aux traitemens, comme exactement établies par les faits recueillis jusqu'à ce jour. Cette remarque est importante, en ce qu'elle nous met en garde contre les espérances trop flatteuses qu'on pourrait concevoir en lisant les résultats obtenus, et en ce qu'elle montre la nécessité de publier les revers aussi bien que les succès, toutes les fois qu'on veut expérimenter un médicament ou une médication.

Effets physiologiques.

Les effets physiologiques de la digitale portent sur la circulation, sur le canal digestif, sur le cerveau et les organes des sens, et enfin sur l'appareil sécréteur de l'urine. Quelquefois cette substance a produit la diarrhée et même la salivation; mais ces cas étant extrêmement rares, peuvent être considérés comme des exceptions.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que l'ingestion de la digitale produit, *d'abord*, une accélération des battemens du pouls, suivie bientôt d'une diminution de fréquence. Sanders a vu le pouls monter de soixante-dix pulsations à cent vingt; puis, en moins de vingt-quatre heures, redescendre à quarante et même plus bas. Quelques auteurs, cependant, ont noté la seule diminution de fréquence des battemens du cœur sans accélération préalable.

Le canal digestif ne s'est guère montré affecté que dans les cas où le médicament avait été ingéré à trop haute dose. A doses faibles fractionnées, une diminution ou une augmentation d'appétit, un peu d'ardeur du pharynx, un peu d'amertume à la bouche, un peu de chaleur à l'épigastre, sont les seuls phénomènes qui indiquent son action sur le tube alimentaire.

L'action de la digitale sur le cerveau est fort inconstante; cependant, il arrive quelquefois que, même à petites doses, quelques sujets éprouvent des vertiges, des éblouissemens, de l'assoupissement, de l'obscurcissement de la vue, des lipothymies, etc. Ces symptômes s'observent rarement, à moins que la dose n'ait été trop forte.

La sécrétion urinaire a été augmentée dans *la plupart des cas* où l'on a administré la digitale; mais, du travail des auteurs qui ont écrit sur ce médicament, il est difficile, suivant M. Bayle, de déterminer dans quelle proportion cette augmentation a eu lieu; quelques uns l'ont vue se manifester chez les dix onzièmes des malades; d'autres, et M. Sanders en particulier, ne l'ont observée que dans le un dix-neuvième des cas. Remarquons cependant que M. Sanders est le seul qui ait obtenu une si faible proportion.

Enfin, les phénomènes provoqués par la di-

gitale continuent pendant trois, quatre, cinq ou six jours, après la cessation de son usage.

Parmi les deux mille sept cents cas, dans lesquels la digitale a été expérimentée, *quatre cent soixante et dix* seulement ont rapport à des maladies. De ce nombre, retranchant *cent soixante-trois* faits rapportés trop vaguement par Withering, il reste *trois cent sept* malades qui ont pris cette substance pour des affections diverses. De ces derniers, cent quatre vingt ont été guéris, soixante ont été soulagés, et soixante-sept n'ont éprouvé aucune amélioration.

Comme nous l'avons déjà dit, la phthisie pulmonaire et l'hydropisie sont les principales maladies contre lesquelles la digitale a été employée.

Phthisie. — De cent cinquante et un phthisiques traités par la digitale, *quatre-vingt-trois* ont été guéris, *trente-cinq* ont éprouvé une amélioration momentanée ou durable, et *trente-trois* n'ont été nullement soulagés. M. Bayle a soin de nous dire, pour ôter tous les doutes qui pourraient venir dans notre esprit à propos de ces guérisons de phthisies que, parmi les cent cinquante observations citées, quinze au plus laissent de l'incertitude sur l'existence des tubercules pulmonaires.

C'est ici qu'il faut déplorer la négligence des auteurs qui ne publient pas leurs insuccès. Il paraît, en effet, incroyable que quatre-vingt-trois à cent cinquante-un soit le véritable rapport entre les guérisons et les traitemens. Toutefois il ne résulte pas moins de là que des phthisiques ont été guéris par la digitale; et cela doit suffire pour encourager à renouveler les expériences sur ce point important de la médecine.

Hydropisies. — Deux cent cinquante-cinq hydropisies de diverses espèces furent traitées par la digitale; de ce nombre, M. Bayle retranche, comme trop vaguement décrites, les cent soixante-trois observations rapportées par Withering : il reste donc quatre-vingt-douze cas bien détaillés. Dans ces quatre-vingt-douze cas on compte soixante-cinq guérisons, seize améliorations et onze insuccès seulement.

Dans l'impossibilité où est M. Bayle de déterminer exactement les cas où la digitale doit réussir, et ceux où elle doit échouer, il se contente de dire que, d'après les observations rapportées par les divers auteurs, ce médicament est en général convenable « dans les cas « d'hydropisies simples, non compliquées de « maladies du cœur, accompagnées de fai- « blesse générale, de mollesse du pouls, chez « les sujets qui ont le teint pâle, la peau froide « et conservant bien l'impression du doigt, « etc. »

Au contraire, les individus robustes, à teint fleuri, à chairs fermes, à peau chaude, ceux chez lesquels le ventre est tendu, dur et circonscrit, l'enflure dure et rénitente, obtiennent rarement de bons effets de l'usage de la digitale.

Dans tous les cas où l'hydropisie a été guérie, les urines avaient coulé avec une abondance variable pendant l'usage du médicament.

Sur seize *anévrysmes* du cœur, cinq ont été guéris, quatre améliorés, et sept n'ont éprouvé aucun changement. Malheureusement nous ne savons pas ce que les auteurs cités entendaient par ce mot *anévrysme*.

Enfin, de onze scrophuleux *neuf* furent guéris et deux ont été soulagés. Ces individus présentaient des altérations variées par leur siége et leurs formes.

Modes d'administration. — Chaque auteur employait un mode d'administration particulier.

Ainsi : Withering donnait de un à trois grains de poudre répétés deux fois par jour, ou bien il faisait infuser un gros de cette poudre dans une pinte d'eau; dans l'infusé il ajoutait une once d'une eau spiritueuse quelconque, et il donnait une once de ce liquide une ou deux fois, et rarement trois fois par jour.

Sanders donnait de dix à douze gouttes de teinture, dont il portait progressivement la dose à trente gouttes et plus par jour.

Bréra et M. Chrétien employaient la digitale en frictions de vingt à quarante grains par jour; M. Chrétien a même été jusqu'à deux gros en quatre frictions : pour préparer ces frictions, on mettait macérer pendant douze à quarante heures la quantité de digitale nécessaire pour une friction, dans quantité suffisante de salive ou de suc gastrique de chevreau, et c'est avec ce mélange que la friction était faite.

M. Vassal donnait la poudre de feuilles sèches, en commençant par trois ou quatre grains en plusieurs doses, et en allant progressivement, et grain à grain, jusqu'à dix-huit et même vingt-quatre grains par jour

Seigle ergoté (*secale cornutum*).

Treize cent quarante-six faits, publiés par plus de quatre-vingt-dix auteurs, forment la base du travail de M. Bayle sur le seigle ergoté.

Plus de la moitié de ces faits, à la vérité, sont rapportés sans aucun détail; mais, comme le remarque M. Bayle, attendu qu'il ne s'agissait que de maladies très faciles à reconnaître, on a dû néanmoins compter ces cas dans le relevé général.

Effets physiologiques. — L'homme sain et la femme non encore parvenue à l'époque de l'accouchement paraissent n'éprouver que peu d'effet de la part du seigle ergoté, au moins pris aux doses ordinaires; un gros, et même deux gros, ont été ingérés chez des individus de l'un et l'autre sexe, sans qu'il se manifestât d'effet bien sensible. Plusieurs femmes en ont pris inutilement dans le dessein de se faire avorter; Waller, cependant, en cite une, mais une seule, qui expulsa un fœtus de deux mois deux heures après en avoir pris.

Les femmes parvenues au terme de la gestation, celles qui sont atteintes de ménorrhagie, de leucorrhée, etc., éprouvent, dans la très grande majorité des cas, des effets marqués de l'ingestion de l'ergot de seigle. Ces effets, qui se manifestent spécialement sur l'utérus, consistent en des coliques utérines périodiques, comme toutes celles qui sont produites par la contraction de l'organe gestateur, mais ordinairement plus fortes et surtout plus persistantes que celles qui ont lieu naturellement. Si la dose ingérée est trop forte, assez souvent il survient des nausées, quelquefois des vomisse-

mens, de la céphalalgie, et surtout des éblouissemens. Nous avons vu nous-même un assez bon nombre de femmes qui se plaignaient de tomber tout-à-coup dans une sorte d'ivresse qui durait plus ou moins long-temps après l'ingestion du médicament.

Effets thérapeutiques. — accouchemens. — L'ergot de seigle a été administré onze cent soixante-seize fois, dans le but de déterminer l'accouchement rendu difficile ou impossible à cause de l'inertie de la matrice.

Sur ces onze cent soixante-seize cas, publiés par soixante-deux auteurs, le médicament a réussi complètement mille cinquante et une fois; quatorze fois il a eu un succès modéré, et cent onze fois il a échoué totalement.

Les contractions utérines se sont constamment montrées dans un espace de temps qui a varié de huit à vingt minutes après l'ingestion de l'ergot.

La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il ne convient de donner la poudre d'ergot qu'après une dilatation suffisante du col de l'utérus. Quelques-uns, cependant, rapportent des faits qui prouvent évidemment que cette dilatation préalable n'est pas une condition indispensable à l'administration de la poudre obstétricale.

La pléthore sanguine, un vice de conformation du bassin, un fœtus monstrueux, hydrocéphale, etc., sont des conditions qui en contre-indiquent l'emploi.

Délivrance. — Enfin, dans neuf cas rapportés, le seigle ergoté a été donné avec succès pour accélérer la délivrance retardée par l'inertie de l'utérus.

Hémorrhagies.—Une des propriétés les plus importantes dont jouisse l'ergot, est, sans contredit, celle d'arrêter les hémorrhagies utérines, puerpérales ou non, et même certaines hémorrhagies ayant leur siége dans d'autres organes que la matrice; ainsi, sur quatre-vingt-neuf faits rapportés par les auteurs sur la vertu hémostatique dont paraît jouir cette substance, il y avait :

Vingt-quatre hémorrhagies puerpérales, qui toutes furent arrêtées;

Quarante-six ménorrhagies non puerpérales, dont deux seulement persistèrent.

Quatre congestions utérines, dont une seule résista.

Enfin, quatre épistaxis, huit hémoptysies, deux hématuries et une hématémèse, qui furent guéries.

Souvenons-nous bien, en lisant ces résultats, que la plupart des auteurs passent sous silence les échecs qu'ils éprouvent : il est impossible, en effet, que, dans quatre-vingt-neuf cas de maladies si diverses, on ait obtenu quatre-vingt-six succès, et trois insuccès seulement.

Leucorrhées. — Bazzoni est le seul auteur qui ait administré l'ergot de seigle dans la leuchorrée. Sur huit malades, dont la plupart souffraient d'écoulemens abondans et qui duraient depuis fort long-temps, sept furent guéries. Celle qui n'en fut pas guérie avait une affection organique de l'utérus. Nous avons vu nous-même, à l'Hôtel-Dieu de Paris, ce médicament arrêter la plupart du temps les écoulemens leuchorréiques contre lesquels il était administré. Deux fois l'ergot de seigle réussit à produire l'expulsion de polypes utérins, et une fois celle d'un môle hydatique renfermé dans la matrice.

Convulsions. — Dans cinq cas d'accouchemens compliqués de convulsions, l'ergot a fait cesser les accidens en provoquant l'accouchement qui restait stationnaire.

Paraplégie.— M. Barbier ayant donné le seigle ergoté à deux paraplégiques, tous deux éprouvèrent des secousses dans les membres abdominaux, et l'un d'eux fut guéri.

Accidens produits par le seigle ergoté. — L'ergotisme gangréneux, que quelques auteurs redoutaient après l'ingestion de l'ergot, ne s'étant manifesté dans aucun des treize cent quarante-six cas contenus dans le travail de M. Bayle, il est permis de conclure que ce redoutable accident ne saurait résulter de l'administration des doses, même les plus fortes. Ces doses, en effet, sont bien minimes, si on les compare aux quantités énormes qu'avaient prises les individus atteints d'ergotisme, et qui mangeaient du pain dans lequel le seigle ergoté entrait pour un cinquième et quelquefois pour un tiers.

Les auteurs ne sont nullement d'accord sur la question de savoir si l'ergot est capable ou non de déterminer l'avortement. Quelques uns disent en avoir donné inutilement pour provoquer l'expulsion du fœtus dans des cas d'étroitesse du bassin. Mais comme d'autres le regardent comme abortif, et que M. Waller dit avoir vu un cas bien avéré d'avortement produit par cette substance; on ne devra jamais en faire usage qu'avec circonspection.

Les accidens que peut déterminer l'ergot dans le travail de l'accouchement se rapportent à la mère ou à l'enfant.

Du côté de la mère, sept fois seulement sur treize cent quarante-six, ces accidens parurent manifestement dus à l'ergot, et encore, suivant M. Bayle, est-ce à son emploi intempestif qu'on doit les attribuer. Ces accidens consistèrent en des convulsions, en des douleurs violentes, en un gonflement des parties génitales externes, et, chez une malade, en une sortie de l'utérus qu'on ne réduisit qu'avec peine. Cette dernière avait pris l'ergot sans besoin et après la délivrance dans un cas d'avortement.

Vingt et une fois la mort du fœtus a paru, aux auteurs qui ont rapporté les faits, devoir être attribuée à l'ingestion de l'ergot. Parmi ces vingt et un cas, il y en a plusieurs dans lesquels la longueur ou la difficulté du travail a pu contribuer en bonne partie à ce funeste résultat; d'un autre côté, M. Godquin affirme que l'ergot sauve la vie à beaucoup d'enfans, en diminuant le nombre des cas où il est besoin pour déterminer l'accouchement d'avoir recours au forceps.

De ce qui précède, on peut donc conclure que l'ergot ne cause guère d'accidens que quand il est mal administré, et que, même dans ce cas, ces accidens sont extrêmement rares, comparativement à ceux où son emploi est suivi d'un résultat heureux.

Mode d'administration. — Le seigle ergoté doit être conservé avec soin et à l'abri du con-

tact de l'air et de la lumière; il doit être le plus récent possible.

On l'administre en infusion, en décoction, en extrait, en teinture éthérée ou alcoolique, etc. Mais le moyen le plus sûr et en même temps le plus simple, est de le donner en poudre, à la dose de douze à vingt grains, suspendu dans un peu d'eau ou d'eau rougie. On renouvelle cette dose deux ou trois fois à quinze ou vingt minutes d'intervalle.

Ciguë (grande ciguë, *conium maculatum*, Linn. *Cicuta major*, Lamarck).

Il est peu de médicamens qui aient joui d'une plus grande réputation que la ciguë, il en est peu qui soient tombés dans un plus grand discrédit. La génération médicale actuelle semble avoir voulu se venger par l'oubli de l'espèce d'engouement que nos pères avaient eu pour cette substance. Qui a eu tort? qui a eu raison? Il nous semble que des deux côtés on a des reproches à se faire : les uns pour avoir préconisé outre mesure un médicament dont l'efficacité incontestable a cependant des bornes; les autres pour avoir abandonné totalement ce moyen thérapeutique, parce que les premiers essais n'ont pas répondu à leur attente; il est peu de médecins qui, ayant lu les observations publiées dans la dernière moitié du dix-huitième siècle, sur le médicament qui nous occupe, n'aient été forcé de convenir qu'un grand nombre sont empreintes d'un caractère de bonne foi incontestable; il n'en est pas qui ne verra paraître avec plaisir le résumé de tous les travaux relatifs à ce sujet.

M. Bayle nous apprend que cinq cent trente-cinq faits, sur l'emploi de la ciguë, sont contenus jusqu'à ce jour dans les *Annales de la Science*. Ces faits ont été recueillis par quarante-deux auteurs, les premiers contemporains, mais le plus grand nombre du siècle dernier. Plus de la moitié de ces faits sont rapportés sans aucun détail, et ce sont principalement les cas d'insuccès. La plupart des maladies dans lesquelles le médicament a été efficace sont détaillées avec assez de soin pour qu'on ne puisse se méprendre sur leur nature.

Effets physiologiques. — Dans la très grande majorité des cas, la ciguë ne produit pas d'effet sensible sur l'économie vivante, quand on la donne à dose médicamenteuse. Si ces doses deviennent trop fortes, des nausées, des vomissemens, des douleurs épigastriques, la soif, des vertiges, etc., sont les symptômes par lesquels elle manifeste ses effets toxiques. Ces divers symptômes, du reste, varient suivant les doses, les âges, les tempéramens, etc.

La maladie contre laquelle Storck a principalement vanté la ciguë est le cancer. Les autres affections contre lesquelles elle a été le plus employée sont les scrofules, les obstructions, diverses espèces d'ulcères, la syphilis et les dartres.

Cancers. — Trois cent quarante et un cancers ont été traités par la ciguë; sur ce nombre, quarante-six ont été guéris et vingt-huit améliorés. Presque tous les cas de guérison et d'amélioration sont détaillés de manière à ce qu'on ne puisse méconnaître la nature cancéreuse de la maladie; le quart environ de ces cas se rapporte à des tumeurs ulcérées, sécrétant une matière ichoreuse et fétide, et produisant des douleurs lancinantes plus ou moins vives. Quelques individus offraient les caractères de la cachexie cancéreuse, tels que le teint jaune-paille, la fièvre lente et le marasme.

Le temps du traitement a varié de un mois à un an. Quelques auteurs, pendant ce traitement, administraient des purgatifs tous les huit, quinze ou trente jours.

Scrofules. — Sur quarante-trois cas de scrofules traités par la ciguë, il y a eu trente-quatre guérisons, quatre améliorations et cinq insuccès. Ces cas, la plupart bien détaillés, ne permettent pas de douter que la maladie ne fût vraiment scrofuleuse. C'étaient des tumeurs indolentes, des ganglions de diverses régions, des gonflemens et même des caries des os, des ulcères fistuleux ou de formes diverses, etc.

Engorgemens chroniques. — Ces engorgemens se rapportent en grande partie à ce que les Anciens appelaient *obstructions*. Ils attaquaient divers viscères, les mamelles, les testicules, le foie, la rate, les glandes salivaires, etc., et ne paraissaient dus ni à un vice scrofuleux, ni au vice cancéreux. Sur quarante malades atteints de ces phlegmasies chroniques, trente-cinq furent guéris, quatre fort améliorés, et un seul resta dans le même état.

Ulcères. — Des vingt-trois malades atteints d'ulcères qui prirent de la ciguë, *dix-sept* furent guéris, *deux* furent notablement soulagés, et *quatre* n'éprouvèrent aucun amendement. La plupart de ces ulcères étaient très anciens, beaucoup paraissaient être *atoniques* et presque tous avaient résisté à un grand nombre de moyens.

Syphilis. — Le nombre de malades syphilitiques traités par la ciguë est de vingt-sept. Presque tous portaient des ulcères vénériens dans diverses parties du corps. Le traitement produisit la guérison de *vingt*, l'amélioration de *trois*, et éprouva un insuccès complet chez *quatre* seulement.

Dartres. — Enfin, onze dartres rebelles traitées par le même médicament, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, furent guéries sans exception.

Ces résultats égalent au moins ceux que nous obtenons aujourd'hui, même dans les maladies contre lesquelles nous employons les spécifiques. Il est difficile de les admettre sans croire que, comme on l'a déjà dit en commençant cet article, la plupart des auteurs ont passé sous silence leurs insuccès. Toutefois cette dernière réflexion ne saurait excuser l'oubli d'un moyen qui s'est montré incontestablement efficace dans tant de cas désespérés.

Mode d'administration. — Storck donnait l'extrait de ciguë d'abord à la dose de quatre grains par jour, deux le matin et deux le soir. Au bout de quatre jours, il en donnait six, puis huit, et montait ainsi progressivement jusqu'à un gros et même un gros et demi.

Divers autres auteurs employaient cette plante sous la même forme, et montaient à des doses beaucoup plus élevées : à deux et même trois gros.

Frédéric Hoffmann obtint de bons résultats de bains contenant une infusion de douze grandes poignées de la plante, même dans des cas où

les autres préparations de ciguë avaient échoué.

Enfin, Hallé l'employait principalement sous forme de topique. Ainsi, il appliquait sur les engorgemens un cataplasme formé de pulpe de carotte et de farine de graine de lin, auquel il ajoutait une demi-once d'axonge pour empêcher qu'il ne séchât, et il saupoudrait la surface de ce cataplasme d'une demi-once ou une once de poudre de feuilles de ciguë.

Enfin, quelques praticiens, pour éviter toute erreur de préparation, ont administré avec succès la poudre de feuilles de la même manière que Storck employait l'extrait.

H. Belloc, D.-M. P.

De la fracture du col du fémur, *étudiée spécialement sous le point de vue de l'anatomie pathologique, etc. Thèse inaugurale par* M. E. Chassaignac, *prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.—Avril* 1835.

C'est en effet sous le point de vue de l'anatomie pathologique que cette thèse nous a paru devoir être remarquée; les considérations purement anatomiques qui la précèdent et les applications qui la suivent, tout immenses qu'elles sont, permettraient plutôt, selon nous, le doute et la contestation.

Dans les considérations préliminaires, M. Chassaignac étudie avec grand soin la direction du col du fémur, sur laquelle, selon lui, on ne s'est pas encore assez arrêté jusqu'ici. Cette direction est soumise à des variétés multipliées, tenant à l'âge et au sexe des individus, et personne ne s'est occupé de déterminer avec précision les limites dans lesquelles se maintient l'angle que forment par leur intersection l'axe du col et celui du corps de l'os.

M. Chassaignac remarque d'abord et peut-être un peu subtilement dans le col du fémur une double obliquité, qu'il appelle obliquité de position, et une obliquité absolue ou de direction; et les variétés d'incidence du col sur le corps donnent lieu à plusieurs conséquences notables ; 1° elles influent évidemment sur la stature dans les deux sexes; 2° et sur la différence de stature dans les deux sexes; 3° elles sont cause au moins en partie des décroissances rapides de la stature, de la diminution de la taille chez les vieillards, et de certaines claudications; 4° enfin, c'est cette obliquité inégale chez les divers individus qui déterminent les causes fracturantes du col du fémur et l'ordre dans lequel les fibres doivent éclater.

Le col du fémur subit des modifications par le progrès de l'âge, dont les principales sont une résorption moléculaire de son tissu, et une infiltration graisseuse qui ont l'un et l'autre pour effet de disposer le col à la friabilité ou même de la produire, d'en permettre la dépression, d'en diminuer la longueur au point qu'il peut disparaître entièrement et que la tête du fémur vient s'appliquer immédiatement contre les trochanters.

La fracture du col du fémur est beaucoup plus fréquente chez les femmes, et cette circonstance tient à la direction moins oblique du col du fémur, à la faiblesse générale de la charpente osseuse, à la facilité de l'infiltration adipeuse dont on vient de parler.

Arrivant au corps de sa thèse, M. Chassaignac la sépare en trois sections : A anatomie de la fracture, B anatomie de la consolidation de la fracture, C relation entre l'anatomie de la fracture et certaines particularités de symptomatologie.

A. Les fractures du col du fémur sont *intra-capsulaires, extra-capsulaires,* ou bien en même temps *intra* et *extra-capsulaires.* Celles de la première espèce sont étudiées dans des exemples authentiques rapportées par M. Chassaignac et où il examine à part l'état de chacun des fragmens fémoral et cotyloïdien, ainsi que l'état du périoste et de la capsule fibreuse. Celles de la seconde espèce sont susceptibles de nombreuses variétés, dont l'auteur ne donne que peu d'exemples ; et la troisième espèce, ou les fractures à la fois *intra* et *extra* capsulaires méritent d'autant plus d'attention qu'elles peuvent révéler des formes qui ne se rencontrent jamais dans les autres espèces ; telle est la variété de fracture qui marche parallèlement à la direction du col jusqu'à la tête de l'os.

B. M. Chassaignac rectifie l'opinion de ceux qui avaient fait dire à A. Cooper : 1° que la consolidation de la fracture intra-capsulaire du col du fémur n'était pas donnée ; 2° que la raison de cette non consolidation était l'*intériorité* de la fracture : le grand chirurgien a seulement dit que la consolidation dépendait de l'état du périoste intra-capsulaire, et que la consolidation de cette fracture, ainsi que celle de la rotule et de l'olécrâne, ne se faisait que par du tissu fibreux.

La consolidation des fractures *intérieures* a lieu par substance osseuse, par substance cartilagineuse et par substance ligamenteuse. Dans le premier cas, elle peut se faire par adhésion directe des surfaces fracturées ou par invagination plus ou moins complète : si l'invagination n'est pas complète, ce peut être au moyen d'une trabie ou d'une espèce de virole que les fragmens se soient approchés.

La consolidation par substance cartilagineuse n'est que transitoire. La consolidation par substance fibreuse que M. Chassaignac regarde comme un témoignage de la progression décroissante de la force réparatrice, n'en est pas moins la plus fréquente de toutes, et peut-être même, pour des raisons qu'il ne donne pas, la plus désirable. Du reste, les différences anatomiques de cette substance élastique et ligamenteuse, sont à peine indiquées.

C. Les particularités de symptomatologie dont l'anatomie pathologique doit donner la théorie sont : 1° l'alongement du membre dans la fracture du col; 2° la rotation du pied en dedans; 3° le raccourcissement du membre; 4° l'absence du raccourcissement; enfin l'ankylose après traitement et immobilité prolongée.

Nous pensons, avec M. Chassaignac, que l'anatomie doit rendre raison de toutes ces choses et de bien d'autres encore.

La thèse de M. Chassaignac nous a paru dès la première vue n'être pas parfaitement ordonnée ni méthodique, mais on y trouve déposées plusieurs idées justes et neuves qui montrent clairement sa grande habitude des dissections pathologiques.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Novembre* 1835.)

Ce cahier contient :

1° Une notice de M. *Devergie* aîné, sur la méthode simple antiphlogistique, dans le traitement de la syphilis (fin) ; — 2° Recherches sur quelques unes des causes qui hâtent ou retardent la puberté, par M. *Marc d'Espine* (fin) ; — 3° Mémoire sur la péricardite, par M. *Hache*, interne (fin) ; — 4° Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards, par MM. *Hourmann* et *Dechambre*.

1° *Notice de* M. Devergie aîné *sur la méthode simple antiphlogistique dans le traitement de la syphilis.*

Si nous ne rendons pas compte dans ce numéro du travail de M. Devergie, ce n'est pas que nous le jugions indigne d'être reproduit et médité ; mais deux partis sont maintenant en présence sur le terrain de la pathologie syphilitique, et pour mieux apprécier la valeur de leurs principes, de leur méthode d'observation et de leurs résultats thérapeutiques, nous nous réservons d'examiner à la fois les pièces du procès qu'ont provoqué les médecins de Nantes; or, comme les idées de M. Devergie y représentent complétement l'opinion d'un des partis, elles seront alors exposées et discutées avec plus de fruit, quel que doive être le jugement que nous en porterons alors.

2° *Recherches sur quelques unes des causes qui hâtent ou retardent la puberté, par* M. Marc d'Espine.

L'auteur de ces recherches adopte pour signe le plus important et le plus invariable de la puberté, la première apparition des règles, parce que c'est celui, dit-il, dont l'impression frappe le plus l'esprit des femmes, et dont elles conservent mieux le souvenir (ce qui est un motif infiniment secondaire et de peu de valeur) ; et parce qu'il se déclare à jours précis et établit une limite bien nette entre la non puberté et la puberté. Ce qui est un motif vicieux pour plusieurs raisons : la première, que la puberté est un état nouveau de l'organisme qui se constitue successivement, par une transition et des modifications ménagées, un enchaînement et une synergie qui n'ont rien de brusque et d'éphémère dans leur développement, etc.....; la seconde, que nombre de jeunes filles sont pubères qui n'ont pas leurs règles, et c'est ce qui nous porte à regarder ce signe comme moins fidèle que ne le pense M. Marc d'Espine. Nous adopterions plus volontiers la présence des poils *pubiens*, et si l'époque précise de l'existence de cet indice n'est pas susceptible d'être rigoureusement fixée, ce n'est pas un motif pour le rejeter, surtout s'il est plus vrai que celui établi par l'auteur du travail que nous analysons. Il est pourtant vrai de dire que la période de la puberté n'est définitivement révolue et complète que du moment où la première éruption menstruelle annonce à la femme qu'elle est apte à concevoir ; mais le fait de cet intervalle (qu'une foule de circonstances peuvent étendre ou rapprocher), entre l'apparition des premiers signes de la puberté qui s'établit et du signe qui la constitue établie, vient encore se mettre en travers de la statistique de M. Marc d'Espine et en altérer les résultats, puisqu'il n'y est tenu compte, pour la fixation de l'époque de la puberté, que d'un phénomène fort considérable sans doute, mais qui a le défaut de n'être que complémentaire, et de ne pas représenter dans son ensemble et son évolution physiologiques la phase de la vie dont on veut déterminer le moment. C'est pourquoi ces intéressantes recherches nous paraissent plutôt mériter le titre suivant que celui sous lequel elles sont présentées : *Recherches sur quelques unes des causes qui hâtent ou retardent la première menstruation.* M. Marc d'Espine se demande si, par analogie, les résultats qu'il a obtenus peuvent s'appliquer à la puberté de l'homme, et il est disposé à répondre affirmativement. Ce que nous avons dit plus haut ne nous permet guère de partager l'opinion de l'auteur.

Avant d'exposer le résumé des observations qui font la base de ce Mémoire, il importe, pour donner une idée de sa valeur et de la confiance qu'il mérite, de dire que ces observations résultent de l'interrogation scrupuleuse de 1° quatre-vingt-cinq femmes malades, observées par l'auteur dans les hôpitaux de Paris pendant son internat; 2° vingt-cinq femmes observées avec soin à Marseille par le docteur Girard, ancien interne des hôpitaux de Paris ; 3° quarante-trois femmes observées à Toulon par le docteur Reynaud ; 4° d'un tableau d'Osiander, indiquant l'*âge de la première menstruation* chez cent trente-sept femmes de Gœttingen ; 5° enfin, d'un travail numérique fait par le docteur Robertson sur quatre cent cinquante interrogatoires de femmes de Manchester.

Nous ne pouvons nous empêcher ici encore de faire une remarque essentielle.

C'est dans les hôpitaux de Paris que M. Marc d'Espine a fait ses propres recherches ; donc sur des femmes malades, et malades de maladies fort diverses : or, il me semble qu'il n'eût pas été inutile de noter quelles espèces d'affections retenaient ces femmes dans un hôpital ; car, parmi ces affections, il s'en trouvait peut-être qui avaient eu une grande influence sur l'époque de la puberté chez ces femmes, et surtout sur l'époque de leur première menstruation, puisque, véritablement, le Mémoire de notre auteur n'est propre qu'à juger ce dernier point. Il est bien probable aussi, quoique cela ne soit point indiqué, que les observations étrangères dont s'est aidé M. Marc d'Espine

avaient été faites, en grande partie au moins, dans des hôpitaux.

Quoi qu'il en soit, on se borne à examiner dans ce travail l'influence de la latitude et du climat, de l'habitation des villes, du tempérament et de la constitution comprenant l'influence de la couleur des cheveux, des yeux, du degré de finesse ou de rudesse, de blancheur ou de coloration de la peau, du degré de force de la constitution ; enfin, celle des flueurs blanches idiopathiques. Voici le résumé des nombreuses observations faites sur ces différentes circonstances :

Dans la zône tempérée, la puberté débute chez la femme entre neuf et vingt-quatre ans. Cependant l'âge où ce début a lieu le plus communément est quatorze ou quinze ans; mais l'âge le plus commun est un mauvais moyen d'estimation, car il exprime ce qui arrive dans moins de la moitié des cas.

L'âge moyen de la puberté subit des variations très appréciables selon la latitude à laquelle on observe dans cette même zône tempérée ; et on peut dire, en général, qu'on le voit diminuer à mesure qu'on s'approche de l'équateur.

L'élément du climat (en entendant par là la température moyenne de l'année) est plus important à considérer que la latitude ; tellement que la loi sur la latitude n'est rigoureusement vraie qu'à condition que le climat soit proportionnel à la latitude.

Dans les cas où toutes les circonstances appréciables sont communes et où le climat seul varie, les différences qu'on observe entre les âges moyens de puberté sont dans un rapport géométrique presque égal à celui des températures moyennes.

Les femmes nées dans les villes, ou celles qui y passent leur enfance, paraissent avoir une puberté plus hâtive que celles qui sont nées dans les campagnes, les villages, et y ont passé leur enfance. La différence dans les âges moyens n'excéderait pourtant pas *un an*. Les grandes villes auraient, par rapport aux villes ordinaires, la propriété de rendre la puberté encore plus hâtive.

Les conditions de tempérament qui ont paru influer le plus sur le développement hâtif de la puberté, au moins dans nos climats, sont : des cheveux noirs, des yeux gris, une peau fine et blanche, une complexion forte. Les conditions qui ont, au contraire, coïncidé avec les développemens les plus tardifs, sont : des cheveux châtains foncés, des yeux verts, une peau rude colorée, une complexion faible et délicate.

Les flueurs blanches idiopathiques sont, de toutes les circonstances étudiées, celles qui paraissent avoir le moins d'influence sur l'âge de la puberté. Cependant la petite différence trouvée tendrait à appuyer l'opinion que les flueurs blanches sont un obstacle *à l'établissement des menstrues*, et les retardent.

Ces conclusions confirment pleinement l'observation des siècles, et n'en ont que plus de poids; toutefois bien des influences restent à étudier. Du reste, elles nous font persister dans notre opinion, savoir, qu'en croyant étudier les influences qui hâtent ou retardent la puberté, M. Marc d'Espine n'a fait que déterminer celles qui hâtent ou retardent la première menstruation ; ce qui n'est pas la même chose, et surtout interdit l'extension des résultats à la puberté de l'homme. Cette observation, du reste, ne doit diminuer en rien le mérite des recherches de M. Marc d'Espine ; elle ne sert qu'à en mieux préciser l'objet.

2° *Mémoire sur la péricardite, par* M. Hache, *interne.*

Ce travail se refuse presque à l'analyse, et cela est regrettable, car une histoire claire et fidèle de la péricardite s'y trouve, je ne dirai pas faite, mais dispersée et possible à faire. A moins de rapporter tout au long le mémoire de M. Hache, je me vois obligé d'en indiquer seulement les points les plus capitaux, laissant de côté (parce que autrement je serais réduit à copier d'un bout à l'autre) une foule de détails qui ont leur intérêt, mais ne sauraient entrer dans une analyse, parce que, n'étant pas susceptibles d'être formulés brièvement, dissociés qu'ils sont, et ne se rattachant à aucun principe, à aucun but, il faut les raconter dans leur entier, ou les taire de même. Cette difficulté révèle un des grands vices de la méthode de M. Louis, appelée par M. Broussais *méthode de dissociation*, et ce vice, c'est d'aligner tous les objets sur le premier plan avec la même importance, de tenir compte de tout, mais de tout pêle-mêle, de ne rien souligner, de faire en un mot un tableau plat, je veux dire, sans perspective.

La base de ce travail est l'analyse de huit cas de péricardite terminés par la guérison, et recueillis pendant l'année 1834, par M. Hache, dans le service de M. Louis. Pour signaler le plus de choses en peu de mots, séparons d'abord les phénomènes de la maladie en deux groupes, l'un pour les symptômes rationnels ou généraux, l'autre pour les signes physiques ou locaux. Les premiers sont très variables, infidèles, et à ce point, qu'à part les *rêves pénibles et les réveils en sursaut* (phénomènes encore qui, isolés, seraient bien insignifians, puisqu'on peut les observer dans nombre d'autres affections), ni la fièvre, ni la dyspnée, ni les syncopes, ni les irrégularités du pouls, ni l'expression de la physionomie, ni la toux, ni les congestions séreuses, ni le mode d'invasion, ni celui de terminaison, etc....., ne sont des caractères constans et de quelque valeur, et qui puissent, en un mot, indépendamment des signes physiques, donner l'éveil sur la nature de la maladie. Les signes locaux, seuls caractéristiques, sont : la voussure de la région précordiale, existant en raison directe de l'obscurité du son dans cette même région, et s'effaçant peu à peu à mesure que se résorbe l'épanchement; la matité du son dans toute l'étendue de la région indiquée, et au dessus de cette région, le long du sternum, dans la largeur de deux ou trois pouces, jusqu'au niveau de la troisième, de la deuxième, et même de la première côte, et enfin sur la moitié ou le tiers inférieur du sternum. A l'époque de la résolution, la percussion devient sonore de haut en bas, d'abord dans l'espace situé au dessus du niveau du mamelon, puis sur le sternum, enfin à la région précordiale. L'absence complète ou l'affaiblissement du

bruit respiratoire à la région susdite, circonstance qui s'explique à merveille par le refoulement du bord antérieur du poumon gauche, refoulement constaté par M. Louis dans les autopsies de péricardite avec épanchement. Bruits du cœur d'autant plus obscurs et profonds que la voussure et la matité sont plus considérables. Au plus fort de l'épanchement, le *maximum* d'intensité des bruits du cœur est déplacé, et s'entend toujours vers la partie supérieure de l'espace occupé par le péricarde distendu, puis il descend à mesure que disparaît l'épanchement.

M. Hache n'a perçu le bruit de frottement que trois fois. Ce phénomène, ainsi que le frémissement vibratoire des parois de la poitrine, indiqué par M. Stokes et que M. Hache n'a rencontré qu'une fois, a toujours coïncidé avec les autres signes de résorption de l'épanchement, et disparu lorsque la matité, la voussure, l'éloignement et l'obscurité des bruits, annonçaient une récidive d'exhalation morbide dans le sac péricarditique. La douleur précordiale spontanée, ou déterminée par la pression, s'est montrée dans tous les cas, ainsi que des accès de dyspnée et des palpitations, revenant par accès courts plusieurs fois dans le jour, et surtout la nuit, accidens non en rapport avec l'intensité des symptômes locaux et l'abondance de l'épanchement, puisqu'on les a vus cesser, ceux-ci continuant d'exister, et subsister au contraire, les signes locaux ayant complétement disparu. Sur les huit cas observés, deux fois seulement il y a eu complication rhumatismale; dans l'un des cas, la péricardite fut consécutive, dans l'autre elle ouvrit la marche des accidens rhumatiques. Ce résultat est confirmatif de ceux de M. Louis, et contradictoire de ceux de M. le professeur Bouillaud, qui établit cette coïncidence pour la moitié des cas.

L'époque de la décroissance arriva dans les quatre cas simples, terme moyen, le treizième jour après le début; dans les quatre autres compliqués, elle arriva le dix-septième; parmi ceux-ci, il y eut trois recrudescences.

La péricardite est une affection de la jeunesse. Le plus âgé des malades observés par M. Hache ne dépassait pas vingt-quatre ans. Deux d'entre eux seulement s'étaient exposés au froid, et devaient à cette cause l'invasion de leur maladie. Chez les six autres, on n'a pu constater de cause occasionelle. Bien que M. Hache admette que la péricardite simple puisse se terminer rapidement par la guérison d'une manière spontanée et sous l'influence du régime et du repos, il affirme néanmoins, pour les faits qu'il a observés, que la saignée active la résolution de la péricardite, et qu'elle en abrège la durée. Mais cet effet n'est pas le même aux diverses époques de la maladie, et la saignée paraît avoir été plus favorable après le huitième jour, sans doute, dit M. Hache, parce que cette époque est plus voisine de la terminaison naturelle de la péricardite. Cette conclusion, ajoute-t-il, n'est vraie que pour les émissions sanguines modérées, et il le prouve en rappelant les faits de la pratique de M. Bouillaud.

La digitale, employée dans cinq cas, n'a pas eu d'avantages notables.

—

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Novembre* 1835.)

Les deux numéros de ce mois renferment:

Thérapeutique médicale. — 1° Du traitement palliatif et prophylactique du rhumatisme, par M. *Réveillé-Parise;* — De l'emploi du sulfate d'alumine dans le traitement des fièvres typhoïdes, par M. *Fuster;* — 3° Note sur l'emploi des cautères et des moxas dans le traitement de la méningite et de l'encéphalite chez les enfans, par M. *Constant;* — 4° Note sur les propriétés emménagogues de l'aconit.

Thérapeutique chirurgicale. — 1° De la compression méthodique dans le traitement des hydropisies articulaires; — 2° Du traitement à suivre après la réduction des luxations, par M. *Malgaigne*; — 3° Un mot sur la correction du cal difforme dans les fractures récentes.

Note sur l'emploi des cautères et des moxas dans le traitement de la méningite et de l'encéphalite chez les enfans, par M. Constant.

La belle découverte de M. Rufz (*voir* notre numéro de septembre 1835, page 118) semble déjà devoir porter ses fruits, car voilà qu'on commence à employer dans la méningite des enfans un traitement plus en rapport avec la nature de cette maladie. Tant qu'on l'a crue une phlegmasie simple des méninges ou du cerveau, on s'est presque borné aux antiphlogistiques pris surtout dans les émissions sanguines et les mercuriaux; mais depuis que les bonnes recherches de M. Rufz sont venues apprendre que la méningite des enfans était à l'arachnoïde et au cerveau ce que la pleurésie et la péritonite primitivement latentes et chroniques sont presque toujours à la plèvre et au péritoine, savoir: un état tuberculeux de ces membranes, ou plutôt du tissu qui les fixe aux viscères sous-jacens, état tuberculeux subordonné à la diathèse de ce nom, voilà qu'à l'Hôpital des Enfans de Paris au moins, on se met à traiter ces maladies comme toutes les maladies tuberculeuses et scrofuleuses, c'est à dire, par des suppurations artificielles, des exutoires appliqués sur le crâne; comme on le fait sous une clavicule qui abrite un poumon tuberculeux, le long d'un rachis affecté du même mal, autour d'une articulation prise de tumeur blanche, etc., etc.

M. Constant rapporte l'observation d'un enfant de dix ans, guéri à l'Hôpital des Enfans, par l'application de plusieurs moxas sur le crâne, d'une affection que je n'assurerais pas avoir été une méningite, mais qui, dans tous les cas, semblait grave et présentait plus d'un des caractères de cette redoutable affection. Une autre histoire d'hydrocéphale aiguë arrivée à la période du coma est aussi mentionnée par M. Constant, qui la laisse en chemin, l'enfant sorti de la stupeur et se mettant en rapport après l'application du moxa. M. Constant aurait bien dû attendre l'issue de ce cas pour publier sa note.

Cette énergique médication avait déjà été au-

trefois mise en pratique à l'Hôpital des Enfans par Mongenot et Nysten; avant eux, par Valentin de Nancy, et en premier lieu surtout par le docteur Trucy, de Marseille. Un médecin de Hall, M. le docteur Dürr, vient de publier dans les journaux allemands un travail sur le même sujet. Ce praticien fait raser la tête au point de réunion des sutures sagittales et lambdoïdes, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs; puis il étend, sur un morceau de toile de la largeur d'une pièce de deux francs, une couche d'environ deux lignes d'épaisseur d'un caustique préparé avec :

Onguent âcre d'Autenrieth, un gros;
Tartre stibié, un demi-gros;
Onguent de cantharides, demi-gros.

Puis il panse toutes les douze heures avec un onguent composé de :

Onguent basilicum } parties égales.
Emplâtre de minium }

Le docteur allemand, ainsi que le docteur Smith dans son Traité de l'hydrocéphale des enfans, publié à Londres en 1814, citent un assez grand nombre de succès dus à ce procédé.

Quoi qu'il en soit, la médication par les moxas et les cautères appliqués sur le crâne dans l'arachnitis des enfans, mérite de prendre rang parmi les moyens à opposer à cette affection si généralement mortelle, et dans le traitement de laquelle les antiphlogistiques sont depuis si long-temps prodigués sans aucun succès. P.

—

REVUE MÉDICALE.

(*Octobre et Novembre* 1835.)

Les articles originaux de la *Revue* d'octobre et de novembre sont :

1° La thèse inaugurale de M. le docteur Martins sur ce sujet : les principes de la méthode naturelle appliqués à la classification des maladies de la peau ; — 2° Quelques réflexions de M. Fruster sur l'état actuel de la médecine et de la physiologie ; — 3° Observation d'un cas d'anévrysme partiel du cœur, suivie de réflexions, par M. *Prus*, médecin de Bicêtre ; — 4° Observations sur quelques moyens de combattre la tendance au râle dans les catarrhes pulmonaires et les pneumonies, par MM. *Labonnardière* père et fils ; — 5° Réflexions sur la nature et le traitement des affections vénériennes, par M. *Gely*, de Nantes ; — 6° Observations de fièvres pernicieuses larvées, recueillies par M. *Morineau* dans le service de M. le professeur *Caizergnes*, de Montpellier ; — 7° Observations de choléra intermittent et de méningite intermittente, par le docteur *Lemoine*.

Anévrisme partiel du cœur, par M. Prus.

Les cas d'anévrysme partiel du cœur observés jusqu'ici sont rares. M. Breschet qui a rencontré cette altération pathologique chez Talma, n'a pu en recueillir que dix cas dans le travail qu'il a publié sur ce point : ce sont, outre celui qui lui est propre, ceux qu'il a empruntés à Corvisart, à Dance, à MM. Zannini et Cruveilher, à Walther père, à Baillie, à M. Bérard, auxquels il faut ajouter un cœur conservé dans les cabinets de la Faculté de Paris. Depuis le travail publié par M. Breschet, MM. Reynaud, dans le *Journal hebdomadaire* (1829), Olivier, dans le *Dictionnaire en* 21 *vol.* (2e édition), E. Bouillaud, dans son *Traité clinique des maladies du cœur*, ont fait monter à dix-huit le nombre des anévrysmes partiels du cœur jusqu'ici observés.

Après avoir donné les détails de son observation, M. Prus discute les observations antérieures, en les comparant à ce qu'il a vu, avec beaucoup de sagacité et avec une réserve qui nous paraît fort judicieuse.

Causes. — L'âge ne paraît pas une cause bien influente, puisque les sujets affectés avaient depuis 19 jusqu'à 79 ans. — Sur 18 cas on ne compte que deux femmes. — Tantôt la maladie a été déterminée par une chute sur le thorax, tantôt par l'expression de passions profondes et violentes, tantôt par les accidens nerveux d'une affection saturnine, quelquefois par une dyspnée intense et prolongée, enfin deux sujets, celui de M. Prus et celui de M. Zannini, étaient depuis fort long-temps adonnés à la pernicieuse habitude des liqueurs alcooliques. Ainsi, rien de général à établir sur les causes de cette maladie.

Siége. — M. Breschet a conclu des observations par lui étudiées; 1° que l'anévrysme partiel du cœur appartient particulièrement au ventricule gauche; 2° Que le sommet de cet organe en est le siége le plus ordinaire. Les faits publiés depuis le mémoire de M. Breschet, confirment la première de ces conclusions. Il n'en est pas de même pour la seconde. Suivant M. Reynaud, sur 13 cas d'anévrysme partiel, sept fois l'altération a été trouvée ailleurs qu'au sommet. Le fait de M. Prus n'est ni favorable ni défavorable à la seconde règle posée par M. Breschet, puisque, si, d'une part la pointe du ventricule gauche concourait à former la poche anévrysmale, d'un autre côté, celle-ci s'était développée aussi aux dépens de la face antérieure du ventricule gauche, et de plus avait creusé assez profondément la cloison interventriculaire.

Mode de formation. — Le mode de formation de l'anévrysme partiel du cœur a été expliqué de plusieurs manières : 1° M. Breschet pense qu'il y a d'abord *rupture de quelques fibres musculaires*, et que cet accident a lieu plus souvent à la pointe du cœur qu'ailleurs à raison de la plus grande faiblesse des fibres musculaires en ce point de l'organe; 2° Dance admettait primitivement un *ramollissement partiel*; 3° M. Breschet dit que, après la rupture de plusieurs fibres musculaires, il y a ulcération et déchirure de la membrane interne, et cela l'engage à donner à cette maladie le nom d'anévrysme faux consécutif; 4° M. Reynaud a beaucoup insisté sur ce point que la partie interne de l'anévrysme était formée par la membrane interne épaissie, d'un blanc laiteux, d'un aspect fibreux, ajoutant que cette membrane était doublée par un feuillet plus épais, semblable à la membrane moyenne des artères, altérée, et contenant dans son intérieur quelques points fibro-cartilagineux et osseux. Cet état, qui se retrouvait dans le cœur examiné par M. Prus, est celui des veines affectées de phlegmasie chronique. — M. Prus ne voit

pas pourquoi on tient à n'admettre qu'un de ces modes de formation de l'anévrysme partiel à l'exclusion des autres, puisque, dans les faits constatés, ces diverses altérations se sont montrées. Ainsi, quelquefois ulcération, d'autres fois pas d'ulcération de la membrane interne; quelquefois ramollissement évident, quelquefois épaississement et induration de la membrane interne. M. Prus pense, d'après sa propre observation, que l'inflammation joue un plus grand rôle que ne l'ont cru les auteurs cités, sauf M. Reynaud, dans le début et dans le cours de cette maladie. C'est avec satisfaction qu'il a vu cette importance de l'inflammation reconnue dans le chapitre du *Traité des maladies du cœur*, de M. Bouillaud, consacré à l'*endocardite*.

—

GAZETTE MÉDICALE.

(*Octobre et Novembre* 1835.)

Les cahiers d'octobre et de novembre de la *Gazette médicale* offrent les articles originaux suivans :

1° Rapport fait par M. *Lisfranc* à l'Académie royale de médecine, sur un mémoire intitulé : *De la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales;* — 2° Nouvelles observations sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires, par M. *Reynaud*, professeur à Toulon; — 3° Mémoire sur la fracture incomplète du col du fémur, par M. *Adams;* — 4° clinique médicale de l'hôpital civil et militaire de Genève, par le docteur *H.-C. Lombard*, première partie, comprenant : 1° la description sommaire de l'hôpital et le mouvement de sa population; 2° Observations cliniques sur les maladies du cœur; 3° expériences physiologiques touchant l'influence de quelques médicamens sur les fonctions du cœur; 4° recherches cliniques touchant l'influence de certains médicamens sur les fonctions du cœur; — deuxième partie (samedi, 24 octobre), maladies des plèvres et des poumons, pneumonies, pleurésies; — 5° Recherches de statistique sur l'affection calculeuse, par M. le docteur *Civiale*, rapport fait à l'Académie des sciences par M. *Double;* — 6° Lettre chirurgicale à M. *Mayor* (de Lausanne), sur les appareils hyponarthéciques, par le docteur *Munaret;* — 7° Note sur la trachéotomie sous-cricoïdienne, par M. *Moreau;* — 8° Lettre à M. *Lisfranc*, sur l'emploi thérapeutique du chlorure de chaux dans les plaies accompagnées de vives douleurs, par M. *Chopin*, docteur-médecin à Neubourg (Eure); — 9° mémoire sur les exostoses, leurs causes, leur mode de développement et les accidens qu'elles peuvent occasioner, par M. *Rognetta;* — 10° Observations sur les inconvéniens du cathétérisme simple et forcé de M. *Mayor* (de Lausanne) dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires, par M. *Boinet;* — 11° Remarques et observations sur l'asphyxie par la vapeur de charbon, par M. *J.-F. Malgaigne.*

Un point de chirurgie d'une grande importance est singulièrement éclairci dans le mémoire de M. Adams. Un grand nombre de chirurgiens ont pu rencontrer dans leur pratique des malades qui, par suite d'une chute sur l'un des trochanters, présentent à la hanche une lésion plus ou moins grave, sans aucun des symptômes qui accompagnent les fractures du col du fémur, et chez lesquels on trouve, quelques semaines après, un raccourcissement du membre très prononcé, et le pied tourné en dehors.

Désireux d'éclaircir le diagnostic de ce genr de faits pathologiques, l'auteur, après s'êtr entouré d'un certain nombre d'observations, a été porté à présumer la fracture incomplète du col du fémur. Voici, du reste, comment il explique cette lésion par la structure intérieure de cette portion de l'os fémoral. Si l'on partage par un trait de scie vertical en deux parties égales la tête et le col du fémur, on voit que la principale force du col réside dans sa partie inférieure, uniquement formée de tissu compacte, tandis que la partie supérieure qui avoisine le grand trochanter ne l'est presque que de tissu réticulaire, ce qui lui permet de céder beaucoup plus que l'autre sans se rompre. D'après cela, on comprendra la possibilité d'une fracture incomplète du col du fémur toutes les fois qu'une force appliquée sur le grand trochanter tendra à le déprimer et à faire venir sur une même ligne droite la tête et le corps du fémur : le plus grand effort portera sur la petite courbure du col ou partie compacte, qui pourra se briser sans que la grande courbure ou partie réticulaire se brise.

Clinique médicale de l'hôpital civil et militaire de Genève, par le docteur Lombard, *médecin de cet hôpital.*

a. Nous passons sous silence la description que fait l'auteur de l'hôpital de Genève, ainsi que ses aperçus statistiques de mortalité.

b. Observations cliniques sur les maladies du cœur.

1° *Poche anévrysmale développée dans les parois du cœur et communiquant avec le ventricule gauche à la base duquel elle est située.* — La mort fut subite, l'hydrothorax, l'hydropéricarde et l'ascite qui s'étaient montrés à la suite de cette lésion organique du cœur, avaient marché lentement et insidieusement; l'auscultation n'avait pu reconnaître la poche anévrysmale;

2° Pleuropneumonie, *délire intense au milieu d'une convalescence apparente et mort en 12 heures.* — A l'ouverture du corps on trouva des végétations aux valvules sygmoïdes et une communication anormale du ventricule gauche avec son oreillette; il existait enfin une poche anévrysmale dans le ventricule gauche. L'origine de l'aorte se trouva dilatée et cartilagineuse, et ce fut cette altération qui entraîna, suivant l'auteur, la rupture de la valvule et l'épanchement sanguin cérébral qui fut aussi constaté.

3° *Mort subite par suite de la rupture de l'artère coronaire gauche.* — Les vaisseaux du cerveau et des poumons sont remplis de sang; il existe à l'origine de l'aorte une dégénérescence cartilagineuse, qui gagnait l'origine de l'artère coronaire et qui la disposa à se rompre.

4° *Hémiplégie sans épanchement sanguin, anasarque, hypertrophie du cœur.* — Le titre de cette observation fait suffisamment connaître ce qu'elle présentait de remarquable sous le rapport anatomique. L'auteur ne l'accompagne

d'aucune réflexion qui doive être ici rapportée.

5° *Hémiplégie mortelle sans épanchement.* — Le malade avait eu des douleurs vives dans la région du cœur, accompagnées de matité et du développement de cette région ; bientôt survinrent de l'oppression, des palpitations et l'anasarque. Tout cet appareil de symptômes s'étant suspendu quelque temps, le malade se crut guéri, lorsqu'une nouvelle reprise des symptômes auxquels se joignit une attaque hémiplégique, le fit périr subitement.

On ne trouva aucun épanchement cérébral à l'autopsie.

Expériences physiologiques touchant l'influence de quelques médicamens sur les fonctions du cœur.

Les expériences physiologiques de M. Lombard ont pour but de constater l'influence de la noix vomique, de l'aconit et de l'opium sur les fonctions du cœur. Il a expérimenté sur des grenouilles de cette manière : il a mis le cœur à découvert après avoir stupéfié l'animal par quelques coups sur la tête; puis il a administré l'un des médicamens en question soit par les voies digestives, soit en le plaçant immédiatement sur le cœur. Il a cru remarquer : 1° qu'en général, le médicament était plus efficace administré à l'intérieur que lorsqu'il était déposé sur le cœur mis à nu ; 2° que les médicamens jouissaient tous les trois de la propriété de diminuer le nombre des battemens du cœur, l'aconit surtout; 3° que l'aconit a sur les deux autres substances l'avantage de diminuer la rapidité de la circulation sans la troubler, les battemens du cœur restant isochrones.

La conclusion, suivant l'auteur, c'est que l'aconit doit être rangé parmi les médicamens les plus importans. En admettant que les expériences de M. Lombard aient été faites avec la plus grande exactitude, il resterait à examiner si l'action de l'aconit sur l'homme est la même que sur la grenouille.

Recherches cliniques sur l'influence de certains médicamens sur les fonctions du cœur.

Les médicamens sur lesquels M. Lombard a fait quelques recherches thérapeutiques sont : 1° l'assa-fœtida, 2° le camphre, 3° la digitale et le polygala-seneca.

Assa-fœtida. M. Lombard reconnaît à l'assa-fœtida des propriétés remarquables pour combattre l'irrégularité des battemens du cœur, soit employée à l'extérieur sous forme d'emplâtre, soit à l'intérieur, sous une forme appropriée et à des doses qu'il ne donne pas, que ces irrégularités soient d'origine organique ou nerveuse.

La formule qu'il croit la meilleure pour la préparation de l'emplâtre est la suivante : gomme asa-fœtida; 2 drachm., gomme ammoniaque, 1 scrup.; thérébentine, 6 gouttes; cire jaune, Q. S. pour une masse emplastique.

Camphre. Ce que dit M. Lombard du camphre est intéressant : administré à l'intérieur à des doses variables, depuis trois à douze grains dans les 24 heures, ce médicament a paru agir d'une manière spéciale sur la circulation. Chez les personnes atteintes d'hypertrophie avec dilatation, l'influence nerveuse est souvent insuffisante pour produire des contractions régulières et complètes : alors le cœur ne bat plus que tumultueusement, et devient incapable d'envoyer le sang jusqu'aux extrémités. Cet état de gêne, qui est tantôt passager, tantôt permanent, est avantageusement modifié par le camphre. Mais l'action du médicament est-elle sédative ou stimulante? M. Lombard ne veut pas décider, il conseille seulement de ne pas toujours employer les médications débilitantes et de considérer quelquefois le cœur comme un muscle fatigué par les efforts continuels qu'il fait pour maintenir l'équilibre entre la sortie et la rentrée du sang dans les cavités.

Digitale. L'action sédative de la digitale sur les contractions du cœur, a paru dépendre : 1° de l'état de l'estomac; 2° du genre de vie du malade; 3° des doses employées; 4° du mode d'administration.

Lorsque l'estomac est irrité, la digitale ne peut être absorbée, et alors elle accélère la circulation au lieu de la ralentir. Lorsque l'estomac est très impressionnable, elle entraîne souvent des vomissemens, mais qui n'empêchent pourtant pas toujours d'obtenir l'effet désiré.

Le genre de vie influe aussi beaucoup sur les effets de la digitale. Les personnes qui peuvent se distraire et s'exercer doucement, ont rarement des nausées et des vomissemens.

Les doses de digitale doivent être très différentes suivant l'effet que l'on veut obtenir. Si l'on veut un effet diurétique, il faut répéter la dose, mais si l'on veut calmer les mouvemens du cœur, il n'est pas nécessaire d'employer des doses considérables.

Le mode d'administration de la digitale est un des points les plus importans de son histoire thérapeutique. L'infusion de digitale amène presque inévitablement les symptômes de saturation dont on contrebalance l'effet par l'eau de Rabel, l'éther et les eaux distillées aromatiques. Sous forme de poudre, la digitale produit plus rarement des vomissemens, et si la saturation arrive, on réussit à en calmer les symptômes avec la magnésie calcinée et le sel nitrate de bismuth, le sulfate de fer et l'oxide de zinc. Le polygala est un des médicamens les moins communs, et pourtant, suivant M. Lombard, l'un des plus précieux de la thérapeutique, pour régulariser et calmer les contractions ventriculaires. Les doses auxquelles il l'a employé varient entre douze et vingt-quatre grains d'extrait de polygala dans le courant de la journée.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

London medico-chirurgical Review.
(Octobre 1835.)

Il nous serait impossible d'énumérer les nombreux articles qui, sous le titre général de *Circumspective Review*, remplissent près de trois cents colonnes de ce numéro; nous nous bornerons à analyser quelques uns de ceux qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt.

Cas de laryngite, par le docteur Mac-Adam. — Christophe Nowlan est pris, vers la fin de janvier 1835, d'une fièvre continue qui, au bout de trois semaines, est remplacée par une toux opiniâtre et un mal de gorge d'abord assez léger. Ces symptômes s'aggravent par degrés, et le 15 mars le malade est conduit à l'hôpital de Dublin. On reconnaît une laryngite intense; à l'aide du sthétoscope placé sur le larynx, on entend un bruit fort, strident, déchirant l'oreille, et ne permettant point de distinguer les divers bruits produits dans la poitrine par l'acte de la respiration. La pression sur les ailes du cartilage thyroïde provoque la douleur et la toux. La voix est rauque, mais intelligible; le pouls est à cent huit, mais compressible; la langue est nette, l'arrière-gorge un peu rouge, mais sans tuméfaction; la face médiocrement injectée; constipation.

Le 17, dans la nuit, la dyspnée augmente, la suffocation est imminente; on a recours à la trachéotomie. Les anneaux supérieurs de la trachée sont rapidement mis à découvert; mais la plaie est sur-le-champ inondée de sang veineux; on plonge un gros trocart dans la trachée, la canule y reste fixée par les bords élastiques de l'ouverture; une forte inspiration a lieu, elle est suivie d'une quinte de toux et de l'expectoration de mucosités visqueuses et sanguinolentes; la respiration s'exécute librement, moitié par la canule, moitié par le larynx. Néanmoins, de nouvelles quintes de toux se succèdent malgré le soin qu'on a de désobstruer la canule, et le malade expire cinquante-deux heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouve le cartilage cricoïde dénudé, ossifié en partie, en partie carié, et flanqué de deux abcès; la membrane muqueuse est boursoufflée, infiltrée, à partir de l'épiglotte jusque dans les troisièmes et quatrièmes ramifications bronchiques. Une mucosité visqueuse et rougeâtre remplit les voies aériennes et obstrue complétement l'une des bronches; c'est à sa présence que sont dues la dyspnée croissante, l'oxigénation incomplète du sang et ses résultats immédiats, l'affaiblissement graduel et la mort. M. Adam pense qu'en appliquant des sangsues, puis un vésicatoire, immédiatement après l'opération, il eût pu prévenir la bronchite et *reculer* le terme fatal (*Journal de Dublin*).

Absorption du cal dans les fractures, par le docteur Kirkbride. — William Brum, âgé de vingt-un ans, d'une constitution robuste et d'une bonne santé, reçoit un coup de pied de cheval qui lui fracture les deux os de la jambe à cinq pouces environ au dessus de la cheville. Une esquille paraît détachée du tibia; il se forme un abcès, et quelques fragmens osseux se font jour au dehors; plus tard la suppuration tarit, la portion d'os qui semblait isolée se consolide, la petite plaie se ferme, le malade quitte ses béquilles et sort parfaitement guéri. Un mois après il rentre à l'hôpital; l'ulcère fistuleux de la jambe est rouvert, une petite esquille s'en échappe; une sonde introduite par la plaie pénètre dans le tissu osseux ramolli; l'ulcère s'étend avec rapidité, la santé générale s'altère. On arrête les progrès du mal en cautérisant avec la potasse toute la surface ulcérée, mais on s'aperçoit alors que le cal a été complétement résorbé, et que les fragmens sont très mobiles. Le caustique est appliqué sur les surfaces osseuses elles-mêmes; l'inflammation qui en résulte est violente: toutefois elle ne tarde pas à se modérer; elle prend le caractère adhésif, et, au bout de quatre mois, la consolidation des os et la cicatrisation des parties molles ne laissent rien à désirer. — Un conducteur d'omnibus est renversé de son siége, sa voiture lui passe sur le corps, cinq ou six côtes sont fracturées, la jambe est brisée à quatre pouces au dessous du genou. Le membre ne tarde pas à devenir très volumineux, et à présenter une fluctuation manifeste; le dépôt est ouvert et laisse échapper de la sérosité sanguinolente, sur laquelle flottent des gouttelettes oléagineuses et des lambeaux de tissu cellulaire. L'inflammation est intense, toutefois la fracture semble se consolider. Douze jours plus tard, un nouvel abcès s'est formé dans le voisinage de l'articulation, et la solidité des os est notablement diminuée. Une ouverture artificielle donne issue à une grande quantité de pus; la suppuration est accompagnée de fièvre; l'une et l'autre diminuent par degrés, et en même temps la consolidation se fait de nouveau.

De ces observations et de plusieurs autres, soit recueillies par lui-même, soit empruntées à divers auteurs, M. Kirkbride conclut que la cause de la non-consolidation des fractures et de la résorption du cal des fractures déjà consolidées, gît dans la débilité constitutionnelle du sujet. Il cite, à ce propos, l'histoire d'un homme habitué à l'usage immodéré du porter, chez qui une fracture de la jambe n'était pas encore consolidée au bout de six semaines. On attribua l'excessive mollesse du cal à la privation, imposée au malade, de son excitant habituel; et, en effet, dès qu'on le lui eut rendu, la cicatrice osseuse acquit rapidement la solidité requise.

Une maladie grave, survenant chez un individu affecté d'une fracture, peut aussi empêcher ou détruire la cicatrice. Tel fut le cas d'un homme dont le fémur était fracturé dans le voisinage du trochanter. Le cal avait déjà acquis un certain degré de résistance, lorsqu'un érysipèle intense se développa sur le membre malade, et fut suivi d'une péricardite mortelle.

A l'autopsie, on trouva les fragmens osseux entièrement mobiles. C'est d'après la même loi sans doute que, dans l'état de grossesse, on voit quelquefois les fractures se consolider avec une excessive lenteur.

Extirpation d'un ostéo-sarcôme des deux mâchoires, par le docteur Hetling, à Bristol.— Marguerite Hunt, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution scrofuleuse et d'une intelligence très bornée, entra à l'hôpital le 27 janvier 1834. Elle portait une tumeur sarcomateuse développée sur l'os maxillaire supérieur. Cette tumeur, dont l'origine remontait à dix ou douze ans, avait acquis le volume d'une orange. Elle avait successivement chassé les dents de la mâchoire supérieure, et détruit le bord alvéolaire; elle avait comprimé la mâchoire inférieure et en avait déterminé la carie et l'absorption partielle, depuis le trou mentonnier jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire; néanmoins quelques dents vacillantes restaient encore en place. La bouche était entr'ouverte, la mastication impossible, la joue énormément distendue, mais non adhérente. Cette circonstance facilita l'opération. M. Hetling introduisit deux doigts entre la tumeur et la joue, et divisa celle-ci d'avant en arrière jusqu'au lobule de l'oreille, et de haut en bas depuis le rebord orbitaire inférieur jusqu'à l'angle de la mâchoire; il dut lier quelques branches de l'artère faciale. Alors, employant tour à tour les doigts et le couteau, il sépara la tumeur des parties sous-jacentes. Il se trouva qu'elle avait totalement détruit les parois du sinus maxillaire; mais le plancher de l'orbite était resté sain, ainsi que la partie médiane de la voûte palatine. L'énorme cavité qui résulta de ce premier temps de l'opération rendit plus facile l'extirpation de l'os maxillaire inférieur. On le scia vers la symphyse et au dessous du condyle, qu'on désarticula ensuite en ouvrant la capsule articulaire à la partie antérieure; la section de la partie tendineuse du temporal et du masséter dégagea l'apophyse coronoïde. Une nouvelle hémorrhagie et de nouvelles ligatures retardèrent peu la fin de l'opération. Non content d'avoir ruginé avec soin le fond de cette énorme plaie, M. Hetling voulait encore y promener le fer rouge: les assistans l'en détournèrent; mais il ne paraît pas qu'il ait eu lieu de s'en repentir. Les lambeaux furent rapprochés et maintenus en contact par quelques points de suture; aucun accident n'entrava la cicatrisation, qui se fit avec promptitude.

M. Hetling, après avoir exposé ce fait, se livre à des considérations fort étendues sur l'ostéo-sarcôme de la mâchoire. Voici ses principales conclusions: 1° la ligature de la carotide, comme préliminaire de l'opération, est inutile, dangereuse, plus dangereuse que l'opération elle-même; 2° dans les cas où l'ablation de la totalité ou d'une partie notable des mâchoires a occasioné la mort, c'est presque toujours à la ligature préalable de la carotide qu'a été due la terminaison fatale; 3° dans tous les cas où l'extirpation n'a pas été précédée de la ligature, on a paré facilement aux accidens hémorrhagiques, et la mort, quand elle a eu lieu, n'a jamais été le résultat immédiat de l'opération; 4° au contraire, il est advenu quelquefois, quand la ligature a été pratiquée préalablement à l'ablation des os maxillaires, que le malade mourait, sous le couteau, de l'accident même qu'on avait voulu éviter.

Association britannique.—Nos confrères de l'île Verte, et nombre de visiteurs venus de toutes les parties du monde, se sont réunis cette année dans une série de splendides banquets, où la philosophie et la gastronomie se sont tour à tour disputé et cédé la place. Cette fête mémorable a duré cinq jours, et il s'y est dit, *inter pocula*, des choses aussi intéressantes qu'on en ait jamais entendu dans des assemblées moins joyeuses, et dont le *Journal de Dublin* a tenu registre avec une scrupuleuse exactitude. Nous nous bornerons à citer le travail, lu par M. Hougton, sur les particularités des organes circulatoires chez divers animaux, ses expériences curieuses sur les mouvemens du cœur, les observations de M. O'Donnel sur les différences du pouls suivant la position du sujet observé; un Mémoire du docteur Harrison sur les concrétions osseuses qu'on rencontre fréquemment dans le cœur des ruminans, et sur les entozoaires trouvés dans les muscles de l'homme; un autre du docteur Alison sur les propriétés vitales des artères qui aboutissent à des parties enflammées, etc., etc. L'analyse que la *Revue médico-chirurgicale de Londres* donne de ces diverses communications, d'après le *Journal de Dublin*, est excessivement incomplète, et le défaut d'espace nous forcerait à la mutiler davantage encore.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDIZINISCHE ZEITUNG.

Gazette médicale de Berlin.—(Avril 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — N° 13, Action des bains généraux de sublimé dans la syphilis invétérée, par *Richter*; — N° 14, Sur les convulsions des femmes en couche, par *Schuster*; — N° 15, Trismus et tétanos à la suite d'une inflammation de la moelle épinière, par *Richter*; — Passion iliaque (fin), par *Schmidt*; — N° 16, Autopsie après l'empoisonnement par l'arsenic, par *Ebermaier*; — De l'usage de l'huile de croton tiglium, par *Ollenroth*; — Desquammation de la peau, par *Ebermaier*; — Démence guérie par l'effroi causé par un incendie, par *Ollenroth*; — N° 17, De la variole, par *Ollenroth*; — Des anus contre nature, par *Klewitz*.

Action des bains généraux de sublimé dans la syphilis invétérée.—M. Richter rapporte deux cas de syphilis ancienne, réprimée, mais non détruite par divers traitemens mercuriels, et qui a cédé définitivement chez l'une des malades à quatorze bains; chez l'autre à dix, pris de deux jours en deux jours. Les symptômes vé-

nériens consistaient en éruptions sur la poitrine et sur le dos, en douleurs ostéocopes des avant-bras, en un gonflement des tibias, en concrétions tophacées au frontal, etc. La dose de sublimé corrosif pour chaque bain fut portée graduellement de deux gros à une once. Dans aucun des deux cas il n'y eut de salivation, ce qui infirme l'opinion, encore très accréditée en Allemagne, que la salivation est nécessaire à la guérison. Les sueurs furent très abondantes, on les favorisa par les moyens ordinaires.

Convulsions des femmes en couche. — Wigand avait déjà reconnu que les convulsions dont les femmes en couche sont quelquefois atteintes, se présentent sous deux aspects très distincts. Les unes, qu'il appelle *convulsions graves*, précèdent les douleurs de l'accouchement, la malade perd connaissance dans le paroxysme, et souvent ne revient à elle qu'incomplétement dans l'intervalle qui sépare deux accès; un mouvement latéral particulier de la tête annonce l'invasion, des cris d'angoisse, des efforts irréguliers pour s'accrocher aux objets environnans se mêlent aux secousses convulsives, la face se grime d'une manière hideuse, l'œil est fixe et saillant, la pupille se dilate et se resserre tour à tour, le visage se gonfle, devient bleuâtre et livide, la bouche entr'ouverte et tiraillée laisse voir la langue couverte d'écume et d'une teinte bleuâtre. Les extrémités sont agitées de mouvemens de *centration* qui tiennent le milieu entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques; chaque paroxysme commence quand finit une douleur, la matrice reste, pendant l'accès, dans une sorte d'état cataleptique, et le travail de l'accouchement est suspendu, le pouls devient insensible dans l'*acme* du paroxysme, qui se termine quelquefois par un état soporeux, avec perte plus ou moins complète de la connaissance et de la parole. Les convulsions de la seconde espèce, que Wigand appelle *légères*, n'apparaissent que vers la fin ou, tout au plus, au milieu du travail, la perte de connaissance est moins complète, la tête reste dans sa position naturelle, le visage est pâle, les traits peu déformés, et l'on voit l'œil rouler sous les paupières fermées, les extrémités sont agitées de mouvemens d'*expansion*, comme dans l'épilepsie, les accès commencent et finissent avec les douleurs, mais n'entravent point la marche de l'accouchement, le pouls ne devient jamais insensible, le paroxysme ne laisse après lui qu'un sentiment de lassitude et une envie de dormir plus ou moins prononcée; enfin, jamais cette espèce de convulsions ne donne lieu à la précédente.

Ces différences, dont quelques unes paraissent assez tranchées, avaient été mal appréciées par Wigand; M. Schuster les met en relief et montre qu'il ne s'agit pas ici de deux degrés d'une même affection, mais bien de deux maladies fort distinctes, l'une ayant son siége primitif dans le système nerveux (le plexus cœliaque) et réagissant sur l'utérus, l'autre au contraire partant de la matrice, dépendant de l'action expulsive de cet organe, et n'affectant que secondairement le système nerveux.

Il est évident que, dans le second cas, il faut hâter la terminaison de l'accouchement, mais ce précepte peut-il s'appliquer au premier cas? Joerg et Carus sont de cet avis, Wigand et M. Schuster pensent le contraire. Suivant ce dernier, il faut attaquer directement la cause du mal, c'est-à-dire les congestions veineuses dans les vaisseaux du bas-ventre et de la tête, et les *crudités* dans les premières voies. Ainsi les saignées locales et générales, les affusions et fomentations froides sur la tête, l'émétique, les laxatifs, etc., puis les antispasmodiques, les bains tièdes, les lavemens opiacés, les sinapismes aux mollets ou à l'épigastre, l'application endermique de la morphine, etc., tels sont les moyens les plus rationnels. Comme le vésicatoire serait obtenu trop lentement par des moyens ordinaires, on peut employer l'eau bouillante, ou comme l'a conseillé M. Hoffmann (*Journal de Hufeland*, année 1834), une plaque de fer échauffée dans l'eau bouillante.

Trismus et tétanos dépendant de l'inflammation de la moelle épinière. — Le 23 octobre 1834, Bellesen, jeune recrue, s'aperçoit qu'il mâche difficilement son pain; la nuit suivante il dort d'un sommeil agité, se réveille en sursaut, et, le matin venu, se trouve hors d'état de faire son service. Il ne peut ni ouvrir ni fermer la bouche, les masseters sont durs et contractés, les muscles de la face sont convulsés, et un sourire douloureux tire les commissures des lèvres en arrière, la tête est immobile, les sterno-mastoïdiens sont tendus comme les masseters; du reste, santé parfaite. Douze ventouses scarifiées au col, un émétique, un large vésicatoire à la nuque, l'eau froide pour boisson, ne produisent aucun résultat avantageux. La nuit se passe comme la précédente, il y a un peu de fièvre. Le lendemain et le surlendemain, vingt-quatre, puis trente ventouses scarifiées sont appliquées, on administre un bain alcalin, à 28 degrés, avec addition d'une once de potasse, on prescrit de nouveau l'émétique; les linimens ammoniacaux, la morphine, sont employés simultanément, et l'on obtient une amélioration passagère. Alors survient un peu de soif, la peau est chaude, le pouls bat 90 fois par minute. Vers minuit, le malade éprouve, dans les muscles du dos, des tiraillemens convulsifs, semblables à des commotions électriques; le matin, l'opisthotonos est parfaitement caractérisé. Les moyens indiqués ci-dessus sont de nouveau mis en usage et poussés pour ainsi dire jusqu'à l'exagération. Mais aucun succès n'est obtenu, la santé générale s'altère, la constipation survient et résiste opiniâtrément jusqu'au 1er novembre. A cette époque, le calomel à haute dose produit douze selles, mais aucune amélioration ne suit cette dérivation puissante. L'appétit commence à diminuer, l'urine est épaisse et rouge. Le cautère transcurrent appliqué sur l'épine dorsale reste sans effet; le 2, les extrémités deviennent froides, le pouls est à 120 et le malade meurt apoplectique.

A l'autopsie, on trouve les sinus gorgés de sang, le thorax sain, les parois de l'estomac injectées, ramollies, la pie mère rachidienne d'un rouge vif, et la moelle épinière ramollie sans changement de couleur, et d'une consistance caséeuse dans deux endroits, l'un entre la quatrième vertèbre cervicale et la septième, l'autre entre la troisième dorsale et la quatrième. Les ori-

gines des nerfs partant de ces deux points présentent la même altération.

Ouverture du cadavre d'un homme empoisonné par l'arsenic. — M. Ebermaier, fut appelé, le 13 décembre 182*, à examiner le corps d'un homme mort après trois heures de maladie, et inhumé le 8 janvier de la même année. En procédant à l'exhumation, l'on ouvrit par hasard le cercueil d'une femme enterrée à la même époque, il ne restait absolument que le squelette dont les diverses parties néanmoins tenaient encore ensemble. Le cadavre recherché fut trouvé au contraire dans un état de conservation remarquable. Le cercueil, en bois de sapin, était entier, bien fermé, sans aucune trace de putréfaction et sans *altération de couleur*. Il répandait seulement, même après avoir été ouvert, une odeur de moisissure. Toutes les parties du linceul qui touchaient immédiatement au cadavre étaient parfaitement conservées. Le corps était *entier*, et exhalait la même odeur de moisi; la peau et les muscles étaient desséchés et couverts de petits vers blancs vivans. Les yeux, le nez et la peau du visage étaient détruits, les cheveux étaient courts, fournis et plantés encore solidement: les dents étaient fermes et la langue s'avançait entre elles, intacte mais noirâtre. Le ventre était affaissé, les os des membres étaient dénudés çà et là, les organes génitaux avaient disparu.

Les deux poumons étaient confondus en une masse noirâtre, peu volumineuse, reléguée vers la colonne vertébrale; le cœur et le péricarde étaient reconnaissables, et le premier était vide de sang; la surface interne de la poitrine était momifiée en grande partie; les organes du bas-ventre étaient frais en comparaison de ceux de la poitrine, mais les intestins, quoique faciles à reconnaître, étaient agglutinés en une seule masse. A l'intérieur, l'estomac était tapissé d'une humeur visqueuse et jaunâtre, la grande courbure était très rouge; l'intestin grêle était parsemé de plaques rouges et de taches brunâtres; la partie la plus voisine de l'estomac était enflammée et aussi fraîche que si la mort n'eût daté que de quelques jours; elle fut enlevée avec son contenu pour être examinée à part. Le gros intestin présentait le même aspect et ne contenait aucune matière; la partie supérieure du foie était corrodée, d'un rouge bleuâtre, son bord inférieur, contigu à l'estomac, était frais et d'un rouge vif. La vésicule biliaire contenait encore de la bile, la rate était fort altérée, la partie de la colonne vertébrale sur laquelle reposait l'estomac était fraîche et rouge. Les gros vaisseaux coupés dans la région épigastrique contenaient un peu de sang *rouge* et *liquide*. Les reins étaient petits, fort altérés; la vessie, au contraire, était bien conservée, mais vide; les os du crâne étaient ramollis, et le cerveau dans un état de putréfaction assez avancée.

Les substances trouvées dans l'intestin grêle contenaient de l'arsenic qui fut ramené à l'état métallique par les procédés chimiques ordinaires.

Ce fait confirme les observations de Welper (*Journal de Hufeland*, 1803). Cependant, il y a tant de causes qui peuvent ralentir la dissolution d'un cadavre, et, parmi ces causes, il en est de si difficiles à bien apprécier, qu'on ne saurait trop louer la prudence des médecins légistes chargés de l'autopsie dont nous venons de faire connaître les résultats. Ils se bornèrent à déclarer *que l'individu était mort d'une gastro-entérite très aiguë*, et *que la chimie seule pouvait faire connaître si cette maladie avait eu pour cause l'empoisonnement par l'arsenic.*

Desquammation générale de la peau. — M. Ebermaier rapporte succinctement l'histoire d'un homme de cinquante ans, fort et robuste, et jouissant d'une santé excellente, mais affecté d'ulcères aux jambes, lequel est sujet tous les deux ans à une maladie singulière qui le tient au lit trois ou quatre semaines, et qui s'est déjà reproduite trois fois.

Après quelques jours de malaise, il est pris de fièvre, de céphalalgie, de lassitudes spontanées; les glandes lymphatiques se tuméfient et forment des cordons noueux. Puis, quand la fièvre tombe, toute la surface du corps, à l'exception du visage, se couvre de taches rondes, d'un rouge vif, de la grandeur d'un liard. Ces taches deviennent confluentes sur les membres, mais elles ne sont accompagnées *ni de chaleur, ni de gonflement, ni de douleur, ni d'aucun symptôme d'angine.* Au bout de sept à huit jours, la desquammation commence, elle se fait par lambeaux énormes: une fois, tout l'épiderme de la main droite et tout celui qui entoure les doigts, s'enlevèrent d'une seule pièce comme un gant. La convalescence est longue et la peau reste long-temps sensible.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Omodei).

(*Avril et Mai* 1835.)

1° Observation d'une pneumonie qui présentait un phénomène singulier, par le docteur *Zaccarelli*, médecin de plusieurs établissemens de bienfaisance, à Crémone; — 2° Lithotritie dans le royaume des Deux-Siciles, par le docteur *Castellacci*, année 1832; — 3° Lithotomie, par le même; — 4° Guérison spontanée d'une cataracte traumatique, par P. *Gerson*, chirurgien oculiste; — 5° Opération césarienne, par le docteur *Fabrichesi*.

Observation d'une pneumonie qui présentait un phénomène singulier, par le docteur Zaccarelli, *médecin de plusieurs établissemens de bienfaisance à Crémone.*

Un limonadier, âgé de 47 ans, robuste, très irascible, ayant mal fait ses affaires, se jeta dans l'ivrognerie, et le lendemain d'un excès, il fut obligé d'entrer à l'hôpital de Crémone, le 22 mai 1834.

Pouls très dur, dicrote, respiration très anxieuse, sans toux ni expectoration, ni douleur à la poitrine, coucher impossible sur le dos ou les côtés, ventre dur, ballonné, resserré, urines rares, extrémités inférieures œdémateuses, faiblesse extrême, tout le corps, surtout le visage, d'une pâleur mortelle. (*Saignée, huile de ricin dans une solution gommeuse.*)

23. *Le sang partagé en caillot et en serum, a la couleur et l'odeur du lait,* aggravation des symptômes, urines comme lactescentes. (*Saignée, douze sangsues à l'épigastre, lavemens émolliens, huile de ricin.*)

24. Un point de côté très aigu à droite, avec douleur vive à chaque éclat de toux, ou forte inspiration. (*Huile de ricin,* le soir, *sangsues* à l'endroit d'une douleur encore plus vive au côté.)

25. Un peu de sommeil dans la nuit, respiration moins difficile, toux moins déchirante, épigastre moins élevé et un peu douloureux au toucher, moiteur à la peau, urines à peu près naturelles. (*Saignée, solution de manne.*)

26. Sommeil tranquille pendant quelques heures de la nuit, respiration facile, douleur du côté, légère dans la toux et l'inspiration profonde malgré la persistance de la fièvre, ventre souple, retour des forces et du teint (*saignée le soir*). Le sang, pour la première fois, offre quelques globules rouges dans le caillot couvert d'une couenne blanche et luisante. (*Saignée.*)

27. Mieux décisif, expectoration; retour de l'appétit; le soir, légère récrudescence. (*Saignée, vésicatoire au côté.*)

28. Sang de couleur et d'odeur naturelles, sans couenne, rémission de tous les symptômes, convalescence soutenue, complète guérison le trente-huitième jour.

Le serum a été seul analysé et a paru, d'après ses caractères physiques et chimiques, appartenir plutôt au chyle qu'au sang.

Lithotritie dans le royaume des Deux-Siciles, année 1832, par le docteur Castellacci.

Le docteur Castellacci est le premier qui ait pratiqué la lithotritie dans le royaume des Deux-Siciles. Voici l'historique de sa seconde opération. Un ouvrier, âgé de 65 ans, avait été délivré, par la lithotomie, d'une pierre assez grosse, et se portait bien. Au bout de deux mois, les anciennes douleurs se firent ressentir avec difficulté d'uriner. On reconnut une pierre dans le col de la vessie ; elle était facile à repousser dans la cavité du viscère. On prépara le calculeux à la lithotritie par un laxatif, des demi-bains et des boissons mucilagineuses. La pierre, chargée avec le lithotripteur de *Civiale,* parut avoir un diamètre transversal de demi-pouce ; on mit à la perforer de part en part environ une demi-heure, en y comprenant les temps de repos, ensuite on la brisa. Les débris qui restaient dans la pince furent retirés avec l'instrument sans qu'il fût nécessaire d'inciser l'orifice de l'urètre. L'opéré ne se plaignit pas d'avoir souffert, et dans la nuit, il rendit, en urinant, plusieurs petits débris de pierre. Le lendemain, le lithotriteur voulant explorer une dernière fois la vessie, découvrit une autre pierre plus grosse que la première et qu'il ne put venir à bout de saisir. L'opérateur en infère que *les grosses pierres sont trop difficiles à broyer.* En conséquence, le docteur sicilien, redoutant sans doute le danger des contusions que pourraient causer au viscère de nouvelles tentatives de lithotritie, proposa la lithotomie ; mais le patient voulut remettre l'opération à un autre temps, et six jours après il disparut. Dans la suite, on apprit que ce calculeux était mort de misère et de vieillesse, à l'hôpital des incurables, six mois après la lithotritie ; point d'autopsie. On dit seulement que la lithotomie ne fut pas faite cette fois, parce que la pierre avait été jugée trop grosse.

Lithotomie par le même opérateur.

Un homme avait commencé dès l'âge de trois ans à souffrir des douleurs qu'on pouvait rapporter à la présence d'une pierre dans la vessie ; le malade ne reçut aucuns soins, passa huit ans à souffrir tantôt de strangurie, tantôt d'ischurie, d'autres fois d'hématurie ou de dysurie avec plus ou moins de tourment. A onze ans, la condition de ce calculeux se changea d'elle-même ; plus de souffrances ou du moins elles devinrent si légères que pendant 28 ans cet homme put mener une vie assez active. Le malade avait donc 42 ans, quand les douleurs de la pierre se ranimèrent avec tant de violence qu'il fut forcé d'entrer à l'hôpital. Vu la grosseur de la pierre, son châtonnement dans le col de la vessie et le peu de capacité de ce viscère, le docteur Castellacci proposa la lithotomie, sans même se soucier beaucoup de la pratiquer, parce que le sujet était extrêmement affaibli, urinait avec douleur des mucosités purulentes et avait de la tendance au marasme. Des consultans voulaient la lithotritie et le malade la préférait aussi à la lithotomie. Sur le refus de l'opérateur, il sortit de l'hôpital et se félicita quelque temps du parti qu'il avait pris, se sentant beaucoup soulagé par une diète frugale, des bains entiers et des boissons alkalines et mucilagineuses. Enfin il lui fallut recourir au ministère du docteur Castellacci qui lui retira par l'appareil latéral une grosse pierre rugueuse et de figure sphéroïde. Nous n'en savons pas les diamètres ni le poids. Guérison parfaite au bout de 15 jours.

Guérison spontanée d'une cataracte traumatique, par P. Gerson, *chirurgien oculiste.*

Cette observation ne justifie pas son titre, car l'oculiste, quoiqu'il n'ait fait aucune opération, ne laisse pas d'avoir puissamment contribué à la guérison.

Le 12 janvier 1834, à Milan, un enfant de 5 ans s'enfonce la pointe d'un stilet dans l'œil droit; l'instrument entré par le grand angle était allé ouvrir la capsule du cristallin en passant par la pupille sans blesser l'iris. Notre oculiste visita le petit blessé trois heures après l'accident. Une partie de l'humeur aqueuse s'était écoulée de la chambre antérieure et avait permis à l'iris de se rapprocher de la cornée dont elle troublait la transparence. Point de douleur, nulle apparence d'inflammation ; néanmoins six sangsues à la tempe droite et légère purgation. Au bout de trois jours, aucun symptôme nouveau, seulement l'œil paraissait plus cataracté que le premier jour à l'endroit de la blessure, et les bords de la plaie tendaient à contracter adhérence avec l'iris. Un collyre astringent rendit à la cornée sa transparence, en dehors de la blessure. On laissa l'œil dans cet état jusqu'au mois de mai suivant.

A cette époque, on découvrit que la cataracte traumatique était produite depuis la perte de l'humeur aqueuse par une adhérence de l'iris

à la cornée en devant, et à la capsule du cristallin en arrière. L'indication paraissait claire, il fallait détruire ces adhérences encore tendres ; à cet effet, on élargit la pupille en agissant sur l'iris au moyen de frictions d'extrait de belladone autour de l'œil tous les sept ou huit jours. Au mois d'août, l'enfant voyait également bien des deux yeux. La pupille conservait une figure ovale à cause d'un reste d'adhérence de l'iris à la cicatrice de la cornée transparente, cicatrice marquée par une petite tache.

Opération césarienne, par Gaetano Fabbrichesi.

Une fille rachitique, âgée de 23 ans, éprouve les douleurs de l'enfantement au neuvième mois de sa grossesse. Les eaux ont percé, on attend deux jours ; le travail n'avance pas, la fièvre, le vomissement et le hoquet font assez voir que la nature est impuissante. Quatre accoucheurs reconnaissent, à l'aide du pelvimètre de *Baudelocque*, que le diamètre artéro-postérieur n'a que deux pouces. En conséquence, l'opération césarienne est décidée, au grand contentement de la malade, et on commence par vider la vessie.

La femme est placée sur une table étroite et fixée par quatre aides.

L'accoucheur *Fabbrichesi* incise les tégumens sur la ligne blanche avec un bistouri à lame convexe, depuis l'ombilic jusqu'à un pouce et demi au dessus de la symphyse du pubis. Il arrive au péritoine, le soulève avec des pinces et l'incise sur une sonde cannelée ; puis dilate par haut et par bas sur la pulpe de l'indicateur. Le corps de l'utérus et seulement une partie de son fond sont à découvert. L'incision faite au viscère est étendue avec un autre bistouri boutonné jusque près du col auquel on ne touche pas pour ménager une libre issue aux lochies. On voit le chorion et l'amnios appliqués immédiatement sur le corps de l'enfant ; l'opérateur fend les deux membranes en prenant la plus grande précaution, et le docteur *Morfini*, en sa qualité de professeur d'accouchement, touche l'enfant, porte un doigt sous l'aisselle et par de légers mouvemens, dégage le corps et l'enlève. La femme perd du sang en abondance et tombe en faiblesse ; le professeur porte une seconde fois la main dans l'utérus, détruit quelques légères adhérences du placenta et achève ainsi la délivrance. L'utérus ainsi évacué, sans tiraillement de sa face interne, se contracte, et l'hémorrhagie est arrêtée. Bientôt l'accouchée se ranime, la joie brille dans les yeux de tous les assistans.

L'enfant était volumineux, mort et déjà un peu altéré. L'accoucheur dut regretter de n'avoir pas proposé l'opération dès qu'il reconnut que l'accouchement était impossible.

On réunit les bords de la plaie des parois du ventre au moyen de la suture emplumée dont les fils furent rassemblés à la partie inférieure qu'on laissa entr'ouverte pour ménager une libre issue aux humeurs, et on soutint la suture avec des emplâtres agglutinatifs, des compresses épaisses et une bande circulaire.

La femme fut reportée dans son lit, elle avait montré beaucoup de courage, n'avait témoigné de la douleur qu'à l'incision du péritoine, et souffrait moins qu'avant l'opération. Le pouls était déprimé et fréquent, mais il s'éleva dans la nuit et on fit une saignée du bras. Pendant cinq jours on soumit l'opérée à une diète rigoureuse et on ne lui donna que de l'eau pannée pour étancher sa soif. On appliqua quelques sangsues à diverses reprises sur l'hypogastre jusqu'à ce que la fièvre fût tombée, ce qui arriva le onzième jour. Alors les lochies coulèrent par le vagin ; le ventre étant resserré, on procura des selles avec l'huile de ricin et des lavemens émolliens. Après quatre semaines il survint un dévoiement qu'on eut quelque peine à arrêter ; le quarantième jour cette femme était parfaitement rétablie.

Les accoucheurs italiens se prononcent pour l'opération césarienne, parce que le sacrifice de l'enfant par la manœuvre instrumentale n'assure pas les jours de la mère, tandis que l'opération offre une chance de salut pour l'un et pour l'autre.

V. O. G.

III. MÉLANGES.

NOUVELLES.

L'annonce de la mise en vente de la *Médecine opératoire* de Sabatier, nous a suggéré les réflexions suivantes, que nous fesons volontiers devant nos lecteurs.

On ne saurait nous accuser de louer trop souvent, ou trop légèrement, et c'est à peine si une fois ou deux, parmi tous les ouvrages dont nous avons rendu compte, les éloges accordés ou surpris ont dépassé le mérite réel de l'œuvre. Cependant nous ne voyons pas comment nous pourrions nous montrer plus doux et plus *flatteurs* à l'avenir, s'il est vrai que nous voulions, et nous le voulons, continuer de mettre au nombre de nos principales obligations celle de dire à ceux qui nous lisent la vérité pure et simple sur les ouvrages qui passent dans la littérature médicale.

Maintenant, si l'on veut savoir pourquoi nous faisons ainsi une sorte de déclaration de sévérité future, nous dirons que c'est parce que, selon nous, il y a nécessité à le faire, et que si chacun de ceux qui se sont mêlés de juger publiquement les ouvrages d'autrui l'avaient faite, la crainte, d'une part, de ne pas tenir parole, d'autre part, de la tenir trop, ou d'être sévères jusqu'à l'excès et l'injustice, les eussent forcés de faire attention à ce qu'ils faisaient, de mesurer leurs paroles et de motiver leurs sentences.

La critique est de sa nature sévère et aisée, et pourtant il y a des hommes et des œuvres qui ne la craignent et ne la craindront jamais, pour qui la louange paraît si bien faite, que chacun la donne sans peine et comme forcément, que tous s'accordent à la donner, et que ce qu'il y a de mieux à faire après un certain temps de silence, c'est de recommencer à la proclamer encore comme si l'on n'avait rien fait. Or, tels sont les livres de Sabatier. On les a beaucoup vantés de son vivant ; depuis

qu'il est mort, chaque occasion naturelle d'en parler a inspiré de nouveaux et de plus grands éloges, et l'on peut dire qu'il en sera ainsi désormais sans que personne puisse ou ose s'en fâcher.

Quelques mots sur la personne et la plus belle œuvre de ce grand homme peuvent être ajoutés ici, nous l'espérons, sans que nos lecteurs y perdent et s'en fatiguent, et ce sera pour nous quelques bons momens de plus. Ces mots serviront peut-être d'ailleurs à persuader que nos louanges à Sabatier, mort depuis longtemps déjà, à Sabatier que nous n'avons pas eu l'honneur de voir en vie, mais qui, dans ses œuvres, vivra toujours en nous et près de nous, ne sont pas des éloges de circonstance et des flatteries de commande.

Sabatier fut, comme chacun sait, l'un des derniers membres et l'une des dernières gloires de l'académie royale de chirurgie : il en conserva toujours les principes, l'esprit et le génie, qui étaient parfaits, et en cela il n'a pas été assez imité par ceux qui, sans avoir fait partie, comme lui, de cette illustre compagnie, n'en ont pas moins été, comme lui, chargés d'enseigner et de transmettre la vraie science aux autres. Etudes fortes et longues, patience d'observation, lectures choisies, méthodiques et continuelles, voilà, à ce qu'il dit lui-même, à ce que disent ceux qui l'ont connu, sa manière et son habitude de faire ; voilà sa recette pour faire de bons livres. Grand Dieu ! que dirait-il, s'il voyait comment se *broche* et se *galvaude* la médecine opératoire de notre temps; s'il la voyait égarée et perdue dans les procédés et les méthodes, les sous-méthodes et les sous-procédés; réduite à naître, croître et fleurir au milieu des cadavres et des instrumens; s'il voyait les livres qui la contiennent assez indigestes pour être illisibles, assez surchargés pour être réputés inexacts ou menteurs ; s'il voyait quelques uns de ceux qui la pratiquent....! Lui qui conseillait si bien les études vivantes, lui qui écrivait si bien et si lucidement, qui haïssait tant le bavardage et le fatras, qui faisait tant de cas de la médecine unie à l'opération, qu'il se crut obligé d'inventer et d'accoler ces deux mots à jamais inséparables : MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Les œuvres de Sabatier ne portent pas moins que sa personne un caractère particulier, commun de son temps, rare dans le nôtre. On a parlé tant de fois de la pureté, de la simplicité et des agrémens de son style, qu'il n'appartient plus à personne de songer à la contradiction ; mais ce qu'il faut estimer bien plus que tout cela, c'est la simplicité, la pureté et la clarté de sa doctrine. Sous ce rapport, nous connaissons quelques bons livres, mais nous n'en connaissons aucun qui lui soit comparable. Or, selon nous, il n'y a rien non plus de comparable à cette qualité dans un livre. A quoi servirait en effet un livre contenant les meilleures choses, contenant toutes les bonnes choses d'une science, si l'on veut, mais si perdues, si embrouillées, si obscures, qu'on ne peut se les assimiler ?

On dira peut-être que Sabatier n'est si simple que parce qu'il ne contient pas tout, qu'il n'est pas complet. La réponse est celle-ci : Sabatier était complet de son temps, autant ou plus qu'aucun autre livre, et que plusieurs livres ensemble. Cependant nous convenons qu'en face des progrès récens, multipliés et incontestables de la chirurgie, Sabatier seul serait incomplet. Mais Sabatier n'est pas resté seul, Dupuytren, aidé lui-même de deux de ses élèves les plus distingués, et qui sont devenus depuis des hommes d'autorité, l'ont continué et maintenu au courant. Or, on peut prendre ce me semble quelque estime pour un livre qu'a fait Sabatier, qu'annota Dupuytren, et qu'ont revu soigneusement MM. Sanson et Begin.

Nous finirons par cette remarque sur Sabatier, que Dupuytren estimait si singulièrement ses œuvres, et en particulier sa médecine opératoire, qu'il consacra beaucoup de temps à la perfectionner, et qu'il ne voulut travailler qu'à elle. Cette fois du moins, l'annotateur fut digne de l'auteur, et en cela Sabatier a été heureux ! Le sera-t-il toujours, et parmi ceux qui jugeront à propos de le *complémenter* de temps en temps, s'en trouvera-t-il au moins quelques uns qui se doutent de la délicatesse, de la difficulté et de la lourdeur de leur tâche ? Il faut attendre et ne pas se flatter.

*L.

Prix décernés et proposés.

La Société de médecine de Bordeaux a décerné, dans la séance du 5 septembre, sous la présidence de M. Révolat fils, une medaille de 200 francs à M. Smeets, de La Haye, et deux, de 50 francs chacune, à MM. les docteurs Gerhard, de Strasbourg, et Alloneau, de Poitiers, pour leurs mémoires sur la question suivante qu'elle avait proposée pour prix: *Tracer l'histoire de la phlegmasia alba dolens ; insister, d'après l'observation des faits, sur la nature et le traitement de cette maladie.*

La même Société propose pour 1836 un prix de la valeur de 500 francs sur la question suivante :

« Existe-t-il des altérations primitives des fluides circulatoires (sang et lymphe) ? Déterminer la nature de ces altérations primitives, leur influence sur l'organisme, et particulièrement en ce qui regarde la production et le traitement des maladies. »

Elle décernera aussi, en 1837, un prix de 300 fr. à l'auteur du mémoire qui résoudra le mieux la question suivante :

« Déterminer, d'après l'examen et le rapprochement des faits empruntés à l'anatomie comparée, aux expériences physiologiques, et surtout à l'anatomie pathologique de l'homme, ce qu'il y a de positif dans la localisation des fonctions cérébrales. »

Les mémoires, écrits en latin ou en français, doivent être rendus, *franco*, chez M. Burguet, rue Fondaudège, n° 41, à Bordeaux, avant le 15 juin.

Prix d'Hygiène et de Médecine légale.

Les rédacteurs des *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, désirant contribuer de tout leur pouvoir à l'avancement des sciences auxquelles est consacré leur Recueil, proposent deux prix de trois cents francs chacun, l'un sur l'Hygiène publique, l'autre sur la Médecine légale. Les sujets sont au choix des concurrens. Les mémoires, écrits en latin, en français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol, devront être remis, *franco*, avant le 1er novembre 1836, à la librairie de J.-B. Baillère, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 *bis*, à Paris. Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Seront chargés de l'examen des Mémoires, pour l'Hygiène publique, MM. Andral, d'Arcet, Esquirol, Gaultier de Claubry, Keraudren, Parent-Duchâtelet et Villermé; pour la Médecine légale, MM. Adelon, Barruel, Chevalier, Devergie, Leuret, Marc et Orfila.

CONCOURS.

Le concours pour la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira le 2 janvier 1836. Les concurrens sont : MM. Sanson aîné, Guerbois, Bérard jeune, Lepelletier, Blandin, Jobert, Sédillot et Laugier.

Concours de l'école de pharmacie.

Les élèves qui ont mérité des récompenses dans le concours de 1835, de l'école de pharmacie de Paris, sont :

En chimie : Premier prix, M. Magnes; deuxième prix, M. Fermont; deuxième second prix, M. Rigollet.

En pharmacie : Premier prix, M. Fermont; deuxième prix, M. Rigollet; mention honorable, M. Magnes.

Histoire naturelle médicale : Mention honorable, M. Vigès.

Corps des officiers de santé militaires.

On annonce comme devant paraître prochainement une ordonnance royale d'après laquelle on assimilerait les membres du corps, si éminemment utile et si mal rémunéré, de MM. les officiers de santé des armées, aux divers grades militaires. Ainsi, d'après ces nouvelles dispositions, voici quelle serait cette assimilation :

Les cinq membres du conseil supérieur de santé, maréchaux de camp; médecins, chirurgiens et pharmaciens-inspecteurs, colonels après un temps donné; et les mêmes, avant ce temps, lieutenans-colonels; médecins, chirurgiens et pharmaciens principaux, chefs de bataillon; chirurgiens-majors, capitaines; aides-majors, lieutenans; sous-aides, sous-lieutenans.

— M. le professeur Coze vient d'être nommé doyen de la Faculté de Strasbourg, en remplacement de M. Caillot, décédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 10 novembre 1835.

M. Malgaigne adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Chargé, depuis le 1er octobre 1835, du service des hernies au bureau central des hôpitaux de Paris, j'ai songé à tirer parti de cette position favorable pour jeter quelque jour sur les points les plus obscurs de l'étiologie, de la symptomologie et du traitement des hernies. Peu satisfait du bandage ordinaire tel qu'il s'applique dans nos hôpitaux, je me suis adressé aux bandagistes herniaires les plus renommés, qui ont bien voulu concourir à ces expériences, et je poursuis en ce moment une série d'essais sur la valeur comparative des divers bandages, simples ou compliqués, qui ont été imaginés jusqu'à ce jour. Déjà j'ai recueilli près de *trois cents* observations, rédigées en tableaux synoptiques, de manière à faire saillir au premier coup d'œil les résultats, et j'aurai l'honneur, quand je croirai en avoir ramassé un nombre suffisant, de soumettre ce travail à l'Académie. Qu'il me soit permis cependant de prendre date dès aujourd'hui pour trois des idées principales auxquelles mes recherches m'ont déjà conduit.

1° La présence d'une hernie inguinale directe ou oblique, est une prédisposition manifeste au développement d'une seconde; en sorte qu'après un espace de temps variable, et dont je m'occupe de déterminer les limites, tout individu atteint d'une hernie mal contenue doit s'attendre à en avoir deux.

2° Tous les bandages imaginés jusqu'à ce jour pour contenir la hernie inguinale oblique, soit congéniale, soit accidentelle, sont fondés sur un principe vicieux et qui demande une réforme complète. Tous exercent la compression principale sur l'anneau externe, et à peine sur une petite portion du canal; le principe nouveau que je veux établir, et que j'ai déjà appliqué au Bureau central et en ville dans un assez grand nombre de cas, consiste à exercer la compression sur tout le canal, mais principalement sur l'anneau interne.

Les principaux inconvéniens de l'ancienne méthode sont : 1° qu'en bouchant seulement l'anneau externe, elle laisse la hernie séjourner dans le canal, et ne fait que transformer une hernie complète en hernie interstitielle; 2° elle ne procure une guérison radicale que par hasard, et, même chez les enfans, la proportion des insuccès est énorme; 3° la hernie est évidemment moins bien contenue, et la plupart des malades sur qui on compare les deux méthodes en rendent témoignage à l'instant même; 4° lorsque la hernie exige une grande force de compression, tous les bandages actuels, appuyant sur le pubis, compriment le cordon spermatique, et de là une proportion effrayante d'engorgemens du cordon et du testicule, ce qui n'a pas lieu avec la nouvelle méthode.

3° Dans les hernies inguinales directes, surtout lorsqu'elles sont anciennes et que la partie inférieure de l'anneau est constituée par l'os pubis même, il faut une force de compression énorme et qui doit nécessairement porter sur le pubis. J'ai essayé alors si l'on ne pourrait pas éviter la compression du cordon en relevant le scrotum et plaçant la pelotte compressive par dessous; j'ai déjà appliqué deux bandages de cette manière, mais depuis trop peu de temps pour être sûr du résultat.

4° Parmi les affections confondues sous le nom de chute de l'utérus ou du vagin, il en est une toute spéciale, dont je n'ai vu ni description ni même a moindre mention nulle part, et qui paraît cependant assez commune, puisque j'en ai déjà recueilli *huit* observations. C'est une hernie de la partie inférieure du rectum à travers la vulve, hernie que j'ai constatée à divers degrés, depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'un gros œuf de poule, tantôt compliquée de cystocèle ou de chute de matrice, le plus souvent à l'état simple, et qui offre des caractères et des inconvéniens particuliers. J'aurais pu dès aujourd'hui en faire l'histoire pathologique, mais j'ai préféré attendre les résultats des essais que je tente en ce moment pour y porter remède.

Mon dessein était d'abord d'attendre que toutes ces recherches fussent complètes, avant d'en entretenir l'Académie; mais comme elles demandent beaucoup de temps et le concours de plusieurs personnes, j'ai pensé qu'il valait mieux prendre date dès aujourd'hui, pour éviter à l'avenir des débats de priorité. Déjà même, il y a deux jours, j'ai appris de M. Thompson, qui travaille à un traité complet sur les hernies, que ses dissections l'avaient amené presque en même temps que moi à une idée fort rapprochée de la mienne touchant le point sur lequel la compression doit être exercée dans les hernies inguinales obliques; mais M. Thompson, avec une loyauté que je me plais à reconnaître, a

bien voulu ajouter que son idée était encore à l'état d'induction théorique, et n'avait point été essayée sur le vivant. »

— A la fin de la séance, M. Thompson lit une réclamation par laquelle il refuse de reconnaître la priorité de M. Malgaigne, en ce qui concerne le nouveau mode de compression, vu que lui-même s'occupe du même sujet depuis trois ans et qu'il a fait construire des bandages *ad hoc* destinés au traitement de la hernie inguinale externe. La pelotte porte sur l'anneau inguinal interne seulement, et en dehors de son pilier interne; il peut y avoir ou non un prolongement ou queue qui posera sur la partie supérieure du canal inguinal; un seul ressort de pression, comme dans le brayer ordinaire, porte la pelotte et l'applique sur le point convenable; une courroie de maintien et un sous-cuisse complètent ce bandage.

— M. Heurteloup adresse une réclamation par laquelle il s'inscrit en faux à l'égard des insuccès que M. Velpeau lui a attribués dans la discussion sur la taille et la lithotritie. Suit une discussion tumultueuse de laquelle il résulte que M. Velpeau n'a fait qu'user des rapports qu'il a reçus et dont il n'a pu ni dû se rendre garant. L'Académie demande à plusieurs reprises et avec force l'ordre du jour, que M. le président se décide enfin à mettre aux voix et qui est adopté.

— M. le président annonce la mort d'un membre, M. Evrat.

— M. Rochoux, au sujet du procès-verbal, dit qu'il se propose d'établir les différences essentielles qui existent, selon lui, entre la fièvre typhoïde et le typhus proprement dit. Il reviendra sur ce sujet à l'occasion.

Séance du 17 novembre.

M. Bouvier écrit pour demander que l'Académie nomme une commission qui examine les appareils employés dans son établissement orthopédique où, comme M. Guérin, il emploie l'incurvation en sens contraire de la colonne vertébrale, procédé qui d'ailleurs n'est pas nouveau. Il demande à lire un travail sur ce sujet dans la prochaine séance.

— M. Malgaigne adresse une lettre dans laquelle il cherche à détruire les motifs sur lesquels s'est fondé M. Thompson pour revendiquer la priorité du traitement des hernies par compression de l'orifice interne de l'anneau inguinal.

— M. Thompson dépose sur le bureau une liasse de certificats en sa faveur (1).

— M. Murat fait un rapport sur une observation d'opération césarienne par laquelle M. Stolz, de Strasbourg, a sauvé la mère et l'enfant. Le rapporteur conclut à l'insertion dans les mémoires de l'Académie.

M. Bouillaud. Ce travail est, dit-on, inséré dans les archives médicales de Strasbourg.

M. le Président. Le comité de rédaction jugera si l'insertion doit être faite.

M. Moreau. Cette belle observation est peut-être la seule qui comporte toute l'authenticité désirable; à ce titre elle mérite d'être insérée. (Le rapport et ses conclusions sont adoptés.)

— M. Pariset lit, au nom de la commission du choléra, grand nombre de rapports sur divers mémoires où sont consignées les idées les plus bizarres et les plus absurdes sur la nature et le traitement de cette maladie. Il conclut à ce que pas un ne mérite l'attention de l'Académie.

Plusieurs membres présentent des observations sur quelques uns de ces mémoires : MM. Rochoux et Bally nient que la théorie et l'expérience aient constaté le refoulement du sang à l'extérieur, comme l'a fait entendre M. Pariset. M. Castel réprouve l'usage de se faire délivrer des certificats par les malades; le médecin n'a de juges compétens que lui-même et ses pairs. Il flétrit cette manœuvre comme indigne d'un médecin honorable; les succès parlent d'eux-mêmes. M. Rochoux prétend qu'un médecin qui se vante de guérir les trois quarts des cholériques ment ou se trompe lui-même. M. Nacquart voudrait qu'on traitât moins légèrement la théorie du choléra basée sur l'existence d'insectes imperceptibles introduits dans l'économie, cette question ayant occupé sérieusement des savans et même des académies.

— M. le président demande un tour de faveur pour une lecture de M. Maisonnabe relative à l'orthopédie. Plusieurs académiciens se récrient sur l'abus des tours de faveur, plusieurs membres ayant des travaux à communiquer à l'Académie.

— M. Bouillaud désirerait communiquer un travail qu'il doit imprimer très prochainement. L'Académie consultée donne la parole à M. Bouillaud qui lit des recherches sur la coïncidence de l'inflammation des tissus séreux et fibreux du cœur avec le rhumatisme articulaire et sur l'indication du traitement par les saignées pratiquées coup sur coup dans ces affections.

M. Itard confirme les idées de M. Bouillaud sur la coïncidence des deux maladies; mais il pense que l'émétique à haute dose produit de bons effets.

M. Bouillaud répond que ce moyen a échoué entre les mains de Dance, et qu'il l'a essayé lui-même sans avantage, mais combiné aux émissions sanguines. Il ajoute que, quiconque a pendant soixante jours un rhumatisme aigu, aura certainement une maladie du cœur; son expérience à ce sujet est si positive que, lorsqu'il arrive à l'hôpital un malade avec des signes d'ossification du cœur, il assure d'avance qu'il a eu un rhumatisme.

M. Dupuis a observé à Toulouse de très bons effets des saignées dans des maladies pareilles sur les chevaux; la perte de sang était portée jusqu'à trente et trente-six livres; par les méthodes ordinaires les animaux périssaient, et à l'ouverture on trouvait la membrane interne du cœur rouge non d'imbibition, mais avec une espèce d'hydropisie du péricarde. M. Andral fils a observé ces lésions avec lui à Montfaucon.

M. Capuron dit qu'il y a huit ans, M. Breschet a cité un cas de rhumatisme articulaire aigu guéri avec huit grains d'émétique.

M. Bouillaud. Je ne voudrais cependant pas effrayer les rhumatisans; il faut observer qu'il existe un rhumatisme nerveux dans lequel on éprouve les mêmes accidens du côté du cœur, palpitations, irrégularités du pouls, syncopes, sans que pour cela il y ait autre chose qu'une lésion nerveuse.

— M. Amussat présente une pièce pathologique sur laquelle on voit des végétations développées dans l'intérieur du canal de l'urètre.

Séance du 24 novembre.

M. Pariset donne lecture d'une lettre de M. Jules Guérin en réponse à celle de M. Bouvier.

Des murmures s'élèvent contre la longueur de cette lecture. M. Husson : Nos séances sont envahies par l'orthopédie; il faut en finir avec ces disputes éternelles.

M. le Président. Une attaque a été faite; il était juste d'accueillir la défense.

(1) La question est jugée, car l'invention que se disputent ces messieurs se trouve dans le *Traité des hernies*, d'Astley Cooper, page 21 et 22 (1827).

M. Husson. Le conseil devait empêcher l'attaque.

M. le Président. C'est ce qui sera fait à l'avenir.

— M. Capuron lit un long rapport sur un travail relatif à l'école d'accouchement de Metz.

M. Moreau. M. le rapporteur a prétendu que toute maladie aiguë, traitée à temps et convenablement, devait guérir; cette proposition me paraît trop absolue.

M. Capuron. J'ai dit que dans les maladies aiguës la mort doit être l'exception, et la guérison la règle.

M. Louis prétend qu'on ne guérit pas mieux aujourd'hui qu'autrefois. La pneumonie, la pleurésie, l'entérite, l'érysipèle guérissent, quel que soit le traitement qu'on fasse, pourvu qu'on observe le régime, et donnent la mort lorsqu'ils sont graves, quel que soit aussi le traitement.

M. Capuron. Je n'admets point cela; car, depuis que je suis la clinique de la Charité, sur quarante inflammations abdominales, je n'ai vu succomber qu'un malade, encore était-il désespéré lors de son entrée. Je ne vois pas, non plus, comme autrefois, ces adynamies, ces ataxies, avec bouche fuligineuse, délire, etc., etc. (De toutes parts : Oh! oh!)

M. Bouillaud. Examinons les faits avec sang-froid. Toute proposition nouvelle soulève l'incrédulité, c'est dans l'ordre. M. Louis prétend que, pour la pneumonie, le résultat est le même, quelle que soit la méthode. Eh bien! j'ai fait une étude consciencieuse de toutes les méthodes, et j'affirme, sur l'honneur, qu'il n'est pas indifférent d'appliquer l'une ou l'autre. Ainsi, en saignant comme tout le monde, M. Louis convient qu'on perd un malade sur trois, et tel est le résultat d'un relevé de trois cents malades, traités par divers praticiens renommés. Or, en saignant coup sur coup, dans les premiers jours, je suis arrivé à ne perdre qu'un malade sur huit. Soutenir que la méthode est indifférente, c'est proférer une hérésie.

M. Louis. Il est vrai que, dans un temps, je perdais un malade sur trois; mais, depuis cinq ans, je n'en perds plus, comme M. Bouillaud, qu'un sur huit; cependant ma méthode est la même, si ce n'est que je saigne un peu plus largement. Ce que j'attribue à ce que, depuis ce temps, la pneumonie est moins grave; la constitution médicale est modifiée.

M. Bouillaud. Je persiste à penser que l'ancienne méthode donnera les mêmes résultats qu'autrefois.

M. Emery. La méthode de M. Bouillaud n'est pas nouvelle. J'ai vu Bosquillon faire trois saignées par jour, *illicò, meridiè et serò*, comme il le disait. Or, Bosquillon perdait un peu plus de malades que ses confrères.

M. Bouillaud. C'est qu'il saignait trop.

M. Emery. Il est étrange d'entendre dire qu'on ne voit plus aujourd'hui de langues noires, d'adynamies, etc. On ne voit que cela dans les hôpitaux; c'est le caractère essentiel de l'affection typhoïde, qui est si commune.

M. Capuron. Bosquillon saignait beaucoup, mais à *bâton rompu*, sans méthode. Je l'ai vu saigner des individus atteints d'anasarque universel. Aujourd'hui l'on ne saigne que dans les premiers jours; une fois à l'entrée du malade, deux fois le lendemain, une fois le surlendemain, selon l'indication. Ainsi ne faisaient aucun de ceux qui ont affectionné la saignée, depuis Galien : c'est ainsi que Triller saignait encore au douzième jour d'une pneumonie. Je répète qu'on ne voit plus aujourd'hui tant de fuliginosités qu'autrefois.

M. Castel. La question d'aujourd'hui est la même que celle soulevée, il y a quelques jours, au sujet de l'affection typhoïde. Rappelons donc que dans les maladies aiguës les anciens sauvaient un malade sur neuf. Vantez-vous donc d'en guérir un sur sept. En 1820, j'ai publié un travail où sont consignés les plus beaux résultats; et pourtant je ne dépasse guère une saignée. Songez que la réaction est nécessaire à la guérison, et que la saignée empêche la réaction; que, dans la pneumonie le sang doit être expulsé par les crachats, et que la saignée empêche l'expulsion du sang.

Séance du 28 novembre.

M. Louyer-Villermay lit un rapport sur les pois à cautère emplastiques de M. Frigerio. Après une discussion, à laquelle prennent part MM. Guéneau de Mussy, Planche, Renaudin, Lodibert, Delonchamp et Cornac, le rapport et les conclusions, qui consistent à adresser des remercîmens à M. Frigerio, sont adoptés.

M. Maisonnabe lit un long mémoire sur les déviations de la colonne vertébrale, dans lequel, après un historique des moyens mécaniques employés pour le redressement des déviations du rachis, il arrive à prouver anatomiquement et physiologiquement que ce redressement est impossible, ou que, quand il arrive, la consolidation ne s'effectue jamais. Il termine en portant le défi de montrer un seul cas de redressement complet et permanent; et il propose de faire les fonds d'une médaille en or de la valeur intrinsèque de 500 fr., qui sera donnée à celui qui pourra montrer un cas de redressement sur un sujet dont l'Académie devra connaître l'état avant le traitement, qui lui soumettra les machines ou appareils employés pour le redressement et les résultats obtenus après le traitement.

Ce mémoire et cette proposition sont renvoyés à une commission.

A M. Maisonnabe succède M. Thompson, qui lit un mémoire sur les hernies et sur un nouveau bandage dont il réclame la priorité sur M. Malgaigne.

L'Académie des Sciences, pendant le mois de novembre, n'a rien offert de particulièrement intéressant sous le rapport de la médecine.

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VIII. — FÉVRIER 1836.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. LUXATIONS DU FÉMUR EN HAUT ET EN DEHORS, OU DANS LA FOSSE ILIAQUE EXTERNE (1).

L'anatomie pathologique des luxations de la cuisse a été peu étudiée, et tout ce que l'on rapporte au sujet de la formation des nouvelles (ausses) cavités articulaires, et des modifications subies par les os et les parties molles à la suite des déplacemens du fémur, est extrêmement vague et incomplet; ainsi, il n'existe aucun caractère anatomique qui puisse servir à déterminer si une luxation ancienne de la cuisse est traumatique, coxalgique ou congénitale.

On ignore quelles lésions sont produites; on reste dans l'incertitude sur la valeur des causes et des signes; et quand on propose la réduction à une époque avancée de l'accident, et qu'on l'exécute, on se rend difficilement compte des difficultés que l'on doit vaincre et des circonstances favorables dont on peut profiter. En consultant l'histoire de ces maladies on est embarrassé par des assertions contradictoires, et l'on voit avec peine des faits connus de toute antiquité être présentés comme nouveaux par des autorités imposantes. Une foule de questions restent donc à éclaircir, et c'est dans ce but que j'ai étudié les luxations fémorales. Je commencerai, en suivant l'ordre de leur fréquence, par les luxations en haut et en dehors; elles sont presque les seules que l'on observe à la suite des coxalgies, et elles comprennent également presque toutes celles que l'on a nommées congénitales. Aujourd'hui surtout que M. Humbert de Morlaix, est parvenu à prouver par des guérisons, la possibilité de leur réduction, leur étude offre encore un plus grand intérêt. N'ayant pas voulu exposer ici une histoire dogmatique et complète des luxations du fémur, je me suis borné à publier les observations que j'ai recueillies, en les faisant suivre de considérations auxquelles elles m'ont paru donner lieu. Mon travail, de cette manière, offre à la vérité moins de continuité et d'ensemble, mais il permet une relation plus étroite entre les faits et leurs conséquences. Voici les principaux résultats auxquels j'ai été conduit.

Je décris les modifications que présente la cavité pelvienne, modifications profondes niées à tort par M. Dupuytren, qui considérait les luxations congénitales du fémur, comme sans influence sur le développement des os du bassin. J'explique les causes toutes mécaniques de ces modifications qui diffèrent selon que la luxation a lieu d'un seul côté ou des deux côtés à la fois.

Je montre l'atrophie dont les os du membre luxé sont le siége, atrophie plus considérable selon la circonférence que selon la hauteur, et d'autant plus marquée, qu'on se rapproche de l'extrémité luxée.

J'expose les causes de cet état, qui pourrait rendre le diagnostic extrêmement difficile si l'on n'était prévenu de sa possibilité.

Après avoir indiqué le rôle du ligament capsulaire et les lésions qu'il subit lors de la luxation, j'étudie la formation de la nouvelle capsule qui se continue avec l'ancienne, et réunit dans une même cavité l'ancienne et la nouvelle articulation, fait auquel on avait à peine fait attention; et en examinant les changemens successifs qui déterminent la production d'une fausse cavité articulaire, je montre que ces cavités sont dues à des dépôts de matière calcaire, bien plus qu'à l'usure de l'os iliaque; et j'explique une disposition des plus curieuses de ces nouvelles cavités, dont le bord externe est élevé et saillant, tandis que le côté interne existe à peine, disposition normale de la cavité cotyloïde, et qui se retrouve dans l'état pathologique.

M. Breschet pense que les luxations congénitales dépendent de l'absence de la cavité cotyloïde; je combats cette opinion, qui est devenue importante par l'autorité du savant qui l'a émise, et je crois pouvoir établir que la cause la plus fréquente des déplacemens congénitaux du fémur est la mollesse et le relâchement de l'appareil ligamenteux qui se conserve intact et permet une très grande mobilité de la cuisse. C'est un des principaux moyens de diagnostic de ces luxations que je propose; et les faits prouvent l'erreur de ceux qui avaient contesté à M. Dupuytren la persistance du ligament rond dans des cas de luxation. J'ai rencontré non seulement le ligament rond intact, mais encore la capsule, et c'est une circonstance assez commune, selon moi, dans les luxations congénitales.

Je signale, comme une particularité assez remarquable, une nouvelle articulation développée entre le petit trochanter et la face antérieure de l'ischion.

Je mets hors de doute la possibilité de la réduction des luxations les plus anciennes, en décrivant une pièce pathologique, où cette ré-

(1) Nommées luxations en haut et en arrière; en dehors et en arrière par quelques auteurs; luxations iliaques, par M. le professeur Gerdy.

duction était assez facile, quoique le déplacement existât depuis un très grand nombre d'années, s'il n'était congénital.

J'indique les variétés de déplacemens que présente la luxation iliaque, je note quelques uns de ses symptômes, particulièrement la rotation du pied en dehors, fait resté ignoré jusqu'ici (traumatiques, coxalgiques ou congénitales), et je cherche à poser le diagnostic différentiel des trois classes de luxations que nous avons admises.

Ire Observation. — *Luxation des deux fémurs en haut et en dehors, ou dans la fosse iliaque externe, par relâchement de l'appareil ligamenteux.*

L'observation que je rapporte met hors de doute l'existence des déplacemens du fémur, par relâchement de l'appareil ligamenteux, déplacemens indiqués par Hippocrate, mais dont on n'avait jusqu'ici présenté aucun exemple anatomique (1); elle confirme les idées de Paletta et de M. Dupuytren sur la persistance du ligament rond dans quelques cas exceptionnels, et elle montre, contradictoirement à l'opinion de ce dernier chirurgien, que la cavité pelvienne subit de profondes modifications dans sa forme et ses dimensions, quoiqu'elles n'apportent pas d'obstacles insurmontables à l'accouchement naturel. La rotation du pied en dehors est un fait important, que je suis le premier à signaler, et dont j'ai expliqué le mécanisme à la suite des luxations fémorales anciennes; enfin, après avoir combattu la doctrine de M. Breschet, sur l'absence supposée d'une cavité cotyloïde comme cause fréquente des luxations congénitales du fémur, j'ai montré par de nouvelles preuves la possibilité de réduire ces luxations, conquête immense pour la chirurgie, puisqu'une affection, jusqu'à ce jour incurable, et qui condamnait le développement et l'avenir de ceux qui en étaient atteints, pourra être traitée et guérie.

La double luxation des fémurs qui nous occupe, fut rencontrée sur le cadavre d'une jeune femme de vingt à vingt-cinq ans (2), livrée aux dissections pendant l'hiver de 1833 à 1834, à l'amphithéâtre de la Pitié. La taille était petite, la maigreur assez prononcée, la peau blanche et sans aucune trace de cicatrice, les articulations déliées, bien prises, et cependant extrêment flexibles; celles des pieds surtout permettaient des mouvemens en tous sens trop étendus pour laisser aucun doute sur la grande laxité des ligamens. La poitrine avait été ouverte, et les poumons enlevés; aucune adhérence ne liait entre eux les viscères abdominaux. La matrice était à peine du volume du doigt, le museau de tanche très court, les lèvres ridées, mais polies au toucher et sans traces d'apérités.

Signes extérieurs de la luxation.

De chaque côté de la fosse iliaque externe, sous les tégumens et tout-à-fait en dehors, on remarque une saillie considérable, arrondie, bombée, qui donne aux fesses un diamètre transversal extraordinaire; cette saillie se rencontre dans la ligne de prolongement du corps des fémurs, et est formée par le grand trochanter. On s'en assure en imprimant au pied quelques mouvemens de rotation; ceux-ci se répètent immédiatement dans la tumeur qui décrit des arcs de cercle assez étendus. Si l'on tourne le pied en dedans, le grand trochanter est ramené en avant, et très écarté en dehors de la crête iliaque; si on le tourne en dehors, mouvement qui s'exécute facilement, le grand trochanter est dirigé en arrière et s'efface en se rapprochant de la ligne médiane. La flection et l'extension de la cuisse s'exécutent assez aisément; pendant ces mouvemens, le grand trochanter peut être abaissé au dessous du niveau de l'épine iliaque, antérieure et supérieure, ou élevé presqu'au niveau du milieu de la crête iliaque; la cuisse paraît alors très courte, tandis que dans le premier cas, sa brièveté est moins choquante.

Examen anatomique de la luxation à gauche.

La peau enlevée, on incise le grand et le moyen fessiers, qui sont minces, lâches, décolorés et pénétrés de graisse. Le petit fessier est séparé de l'os iliaque par la tête du fémur qu'il entoure complétement; cette dernière jouit d'une très grande mobilité en raison de la laxité de ses connexions, et on peut l'écarter de près de deux pouces de la fosse iliaque. Une large bourse muqueuse s'est formée entre l'os des îles et le ligament capsulaire du fémur; elle est vaste, onctueuse au toucher et traversée par quelques filamens celluleux qui représentent des cloisons incomplètes; cette bourse se prête à un alongement d'un pouce et demi, au moins, en différens sens, mais sert surtout aux mouvemens d'abduction de la tête fémorale.

Les muscles fixés à l'extrémité supérieure

(1) Depuis que cette observation a été recueillie, M. Breschet a présenté à l'Académie de médecine un exemple semblable de double luxation congénitale, avec alongement de l'appareil ligamenteux resté intact.

(2) C'est à l'obligeance de M. Désir, interne à l'Hôtel-Dieu, que je dois cette observation curieuse. M. le docteur Manec, ayant reconnu une double luxation fémorale sur un des sujets de l'amphithéâtre de la Pitié, eut la complaisance de m'en avertir, et M. Désir, qui avait pris le sujet pour des démonstrations d'anatomie, me permit de faire mouler le bassin, et après l'avoir disséqué devant moi, il me confia la pièce que je pus ainsi dessiner et soumettre à un examen plus attentif.

Le défaut absolu de renseignemens antérieurs nous a laissé ignorer quelles avaient été les causes de cette luxation, à quel âge elle était arrivée, quels en avaient été, pendant la vie, les signes et les conséquences : heureusement, nous pourrons refaire l'histoire exacte de cette maladie, d'après les lésions cadavériques; mais il n'en serait pas moins à désirer que l'administration des hôpitaux fît marquer tous les sujets portés aux amphithéâtres, car on perd tous les jours des faits remarquables et des résultats précieux, par l'impossibilité où l'on se trouve de remonter à leur source.

du fémur partagent tous les caractères des fessiers; ils sont pâles, peu volumineux et dans un état apparent de relâchement. Aucun ne paraît avoir subi de raccourcissement notable.

Le ligament capsulaire est resté intact; il est moulé étroitement sur la tête fémorale qu'il embrasse de toute part; il en entoure le col, et se porte de là en bas et en avant vers l'os iliaque, pour y prendre ses insertions normales; il en résulte qu'il est fortement aplati au devant de la cavité cotyloïde, et qu'au moment où il se réfléchit sur son bord externe au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure, il représente un gros trousseau ligamenteux qui semble au premier aspect plein et solide; mais en fendant la capsule on voit sa face interne, partout lisse et lubréfiée, se continuer de la tête du fémur à la cavité cotyloïde, qui est rétrécie, triangulaire et remplie de synovie; seulement, le rétrécissement ou collet qui correspond au col fémoral, est tel, qu'il est impossible d'y faire passer la tête du fémur, malgré sa petitesse. La face externe de la capsule reçoit de nombreuses fibres ligamenteuses de l'épine iliaque antérieure et inférieure; le tendon réfléchi du muscle crural antérieur se perd dans son épaisseur et quelques filamens ligamenteux, nés de la fosse iliaque, s'épanouissent sur elle.

Le ligament rond est mince, aplati et fendu dans sa partie moyenne; parallèlement à sa direction, il a trois pouces neuf lignes de longueur, et n'offre aucune adhérence dans son trajet; l'une de ses extrémités va s'insérer en se bifurquant au côté interne de la cavité cotyloïde; l'autre se fixe à la portion saillante de la tête du fémur.

Celle-ci est atrophiée et coudée presqu'à angle droit sur le corps de l'os; sa moitié inférieure, portant plus particulièrement sur l'os iliaque, s'est aplatie et présente une espèce de creux, au dessous de la moitié supérieure, qui, n'ayant subi aucune pression, n'est pas déformée et constitue une saillie sur laquelle se fixe le ligament rond; partout elle est revêtue de son cartilage diesthrodial, dont la minceur est extrême.

La cavité cotyloïde a la figure d'un triangle dont le grand côté est horizontal et correspond à la branche du pubis; il a un pouce trois lignes de long; la profondeur de la cavité est de six lignes, et sa hauteur de neuf; elle est garnie d'une surface synoviale intacte et hérissée de petits pelotons graisseux.

Examen anatomique de la luxation du côté droit.

Le côté droit a subi les mêmes déformations que le côté gauche; seulement, le ligament rond est trois ou quatre fois plus volumineux; il est aplati, rubané et divisé longitudinalement dans sa partie moyenne, en deux portions, dont l'une a sept lignes de large, et l'autre offre, à peu de chose près, le même diamètre, et est subdivisée en deux faisceaux, dans une étendue de sept à huit lignes.

La portion du ligament capsulaire qui s'étend de l'épine iliaque antérieure et inférieure, et de l'échancrure qui la sépare de l'éminence iléo-prétinée à la ligne oblique du petit trochanter, s'opposait invinciblement à ce qu'on pût ramener la tête de l'os au niveau de la cavité cotyloïde.

En fendant toute la face antérieure de la capsule, jusqu'à la tête du fémur, on découvrit l'ancienne cavité cotyloïde, rétrécie et triangulaire, et l'on pouvait examiner l'espèce de collet ou de rétrécissement qui simulait une bourse, entourant par son fond la tête du fémur, et serrée par son ouverture autour de son col; en portant la tête fémorale directement en bas, puis en avant, on parvenait à la dégager; elle était lisse, revêtue de son cartilage, mais atrophiée, fortement aplatie sur le côté correspondant à l'os iliaque, supportée par un col très court, et ayant entièrement perdu sa forme sphérique.

Dimensions des os du bassin (1).

	Pouc.	lig.
1. D'une épine iliaque supérieure et antérieure à l'autre (mesure prise en dedans des épines, sans en comprendre l'épaisseur, et j'en ai fait de même pour tous les autres diamètres),	7	7
2. Du milieu d'une crête iliaque au point opposé,	8	»
3. Du milieu de la crête iliaque, à la marge du détroit abdominal,	3	1
4. Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité sciatique,	6	»
Détroit abdominal.		
5. Diamètre sacro-pubien,	3	10
6. Le même diamètre, pris du pubis à l'articulation de la première pièce du sacrum avec la seconde,	4	3
7. Diamètre iliaque,	4	1
8. Diamètre oblique,	3	11
9. Circonférence,	12	9
Détroit périnéal.		
10. Diamètre coccy-pubien,	3	4
11. Diamètre transversal,	5	»
12. Diamètre oblique,	4	5
13. Sommet de l'arcade pubienne,	1	6
14. Base de l'arcade pubienne (prise au niveau du bord inférieur du trou ovulaire),	3	10
Excavation pelvienne.		
15. Hauteur de la paroi postérieure,	4	8
16. Hauteur de la paroi antérieure,	1	1
17. Epaisseur de la jonction des pubis,	»	5
18. Profondeur de la concavité du sacrum,	1	2
19. Longueur du coccyx,	1	1
20. De la concavité du sacrum au dessous de l'arcade des pubis,	4	3
21. Du sommet d'une des tubérosités ischiatiques à celle du côté opposé,	5	»

(1) J'ai suivi l'ordre des diamètres indiqués par M. Hippolyte Cloquet, afin d'éviter tout équivoque.

Cette observation est un exemple unique, je crois, d'une luxation fémorale double, par relâchement complet de l'appareil ligamenteux. On avait déjà remarqué des luxations produites par une cause semblable à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; à celle du poignet (Sanson); à celle de l'extrémité supérieure du radius (Boyer); on a constaté de pareils cas à l'épaule, au genou (A. Cooper); à la mâchoire inférieure, mais souvent alors les luxations étaient incomplètes, et dans aucun cas réductibles. La plupart du temps les malades luxaient et replaçaient leurs os à volonté, tandis qu'ici il ne pouvait en être de même, et l'accident a probablement toujours passé pour incurable..... A quelle époque de la vie a-t-il eu lieu? nous répondrons qu'il a dû exister avant la naissance, et s'il est une luxation congénitale dont on puisse bien comprendre le mécanisme, c'est évidemment celle-ci. M. Dupuytren, dans son mémoire sur le déplacement congénital des fémurs, avait examiné chacune des causes qui pouvaient le déterminer, et après avoir indiqué les maladies dont l'articulation peut être le siége pendant la vie intra-utérine, la position des membres inférieurs chez l'enfant renfermé dans l'utérus, l'absence des cavités cotyloïdes; enfin, les violences auxquelles il est exposé lorsque la mère les subit, il était resté dans le doute sur l'action de ces diverses causes, et avait laissé au temps à en décider. Or, il est probable qu'aucune des causes ainsi discutées n'est la plus fréquente; et le relâchement des ligamens jouerait un rôle bien autrement important. Beaucoup de raisons militent en faveur de cette opinion, et nous allons les passer en revue :

1° M. Dupuytren a constaté, chez les sujets atteints de cette affection, que les fémurs avaient une limite de déplacement considérable. Ainsi, dans la station, la marche, et toutes les fois enfin que les membres inférieurs supportaient le poids du corps, la tête des fémurs remontait vers la crête iliaque, et le raccourcissement de la cuisse était très marqué; toutes les fois au contraire que les malades étaient couchés, on pouvait faire redescendre la tête des fémurs vers les cavités cotyloïdes, et le raccourcissement était beaucoup moindre, à tel point que ce célèbre chirurgien fonde son traitement sur cette circonstance, et que pour empêcher les fémurs de remonter ainsi, et pour leur donner en même temps un point d'appui, il conseille l'usage d'une ceinture passée autour du bassin, soutenue par des sous-cuisses et offrant des pelotes latérales destinées à assujétir la tête des fémurs. Or, pour que le déplacement ait pu jouer dans une étendue aussi grande, de haut en bas, chez des individus affectés de luxation congénitale, il fallait nécessairement que les ligamens eussent acquis un alongement considérable; et s'il est vrai que dans tous les cas où la capsule articulaire est rompue, il se forme une nouvelle articulation qui maintient la tête des fémurs et s'oppose à de nouveaux déplacemens en dehors des limites de la mobilité normale, il faudra nécessairement en conclure que, chez les sujets vus par M. Dupuytren, comme dans l'observation que je rapporte, les luxations étaient dues au relâchement de l'appareil ligamenteux, et que cette nouvelle espèce de luxation n'est peut-être pas aussi rare que pourrait le faire supposer l'absence complète de pièces probantes, et qu'elle doit presque toujours être congénitale.

2° On a remarqué que la luxation congénitale des fémurs est fréquemment double, et qu'elle se rencontre dans une bien plus grande proportion sur des sujets du sexe féminin que sur ceux du sexe masculin. Or, la luxation qui nous occupe était double et existait sur une femme.

3° Rien n'indiquait une maladie antérieure de l'articulation coxo-fémorale; il n'y avait ni cicatrice à la peau, ni adhérence, ni altération dans la texture des parties molles; partout la décoloration, l'atrophie, qui sont le résultat forcé de la fausse situation des membres, de la perte partielle de leurs fonctions; mais aucune trace d'inflammation ancienne, aucune lésion de structure. Dès lors, comment s'expliquer cette luxation autrement que par une disposition congénitale.

Si les ligamens n'avaient acquis une laxité capable de permettre la luxation, qu'après quelques années d'existence, la douleur, la difformité de la marche eussent été des motifs d'inquiétudes pour les parens, de plainte pour la jeune fille; on eût consulté, et le membre encore sur les bords de la cavité cotyloïde eut été réduit avec la plus grande facilité; il se serait même replacé tout seul si on lui avait imprimé des mouvemens; en tous les cas, la tête de l'os glissant sur la capsule intacte, et tirée par elle, serait bientôt retombée dans sa cavité. Comment d'ailleurs supposer que les fémurs se soient luxés en même temps, sans qu'on y ait fait attention? et de plus, quelle cause aurait pu déterminer le relâchement, s'il n'était congénital? A la vérité on a cité des cas de coxalgie dans lesquels la luxation des fémurs se serait opérée avec rapidité et sans désordres apparens; mais ces exemples ont été révoqués en doute; il est donc plus rationnel d'admettre que cet état de laxité est constitutionnel, et que l'enfant est venu au monde avec cette disposition; d'autant plus que les autres articulations offraient une extrême laxité, qui permettait aux pieds de se renverser en dehors ou en dedans plus qu'à angle droit sur la jambe.

4° De nouvelles preuves se tirent des altérations profondes survenues dans la forme et les dimensions du bassin, et le tableau que nous avons présenté des dimensions pelviennes nous révèle d'importantes modifications, dues au déplacement des fémurs, et qui n'ont pu survenir que lentement et pendant la période du développement de cette cavité. Le détroit abdominal a son plus grand diamètre dans le sens antéro-postérieur, car nous lui trouvons deux lignes de plus que le diamètre iliaque, ce qui constitue une différence énorme, puisque le diamètre iliaque l'emporte ordinairement de quatorze lignes sur le diamètre sacro-pubien; cette différence serait moindre de quelques lignes, si nous mesurions ce dernier diamètre à partir du bord antérieur et supérieur du sacrum; mais en suivant cet usage, nous commettrions une erreur réelle, attendu la saillie

prononcée de l'angle sacro-vertébral, saillie qui dépendait de l'exagération des courbures de la colonne vertébrale, suite du défaut d'un point d'appui fixe du bassin sur le fémur.

Cette disposition donnait au détroit abdominal la forme d'un cœur, qui a été indiquée par tous les accoucheurs comme le résultat de l'aplatissement latéral du détroit abdominal; ici elle était la conséquence de la position vicieuse des fémurs sur les fosses iliaques externes; les individus porteurs d'une double luxation marchent les jambes écartées, afin de porter la tête des fémurs sur les os iliaques et d'y trouver un point d'appui; la marche ne se ferait pas ainsi, que l'effet serait encore le même, parce que l'évasement en dehors de la face latérale externe et supérieure de l'os des îles, sera toujours pressé par la tête des fémurs qui tendent à la redresser et à la porter en dedans; dès lors le bassin, ainsi comprimé latéralement, s'alonge d'arrière en avant, et arrive à former dans ce dernier sens un angle plus ou moins aigu. Les fosses iliaques subissant directement la pression, ont cédé d'une manière encore plus marquée, car la distance d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, est de deux pouces moindre que le diamètre ordinaire, et l'intervalle du milieu d'une crête iliaque au point opposé, moindre de deux pouces et demi; différence saillante, mais qui devait se trouver ainsi d'après la cause que je lui assigne, puisque la tête des fémurs, portée assez loin en arrière, comprimait davantage la partie moyenne des fosses iliaques, que leur partie antérieure.

L'examen du détroit inférieur ou périnéal nous conduit à des remarques tout aussi curieuses; nous trouvons le diamètre coccy-pelvien d'un pouce moins grand que les dimensions normales, tandis que le diamètre transversal les surpasse d'un pouce, ce qui donne pour les proportions de notre bassin deux pouces de différence. Voilà certes un résultat presque extraordinaire à la première vue, car il est tout-à-fait l'inverse de ce que nous avons rencontré pour le détroit abdominal; alors prédominance énorme du diamètre antéro-postérieur; ici prédominance énorme de l'un des diamètres, mais ce n'est plus l'antéro-postérieur qui le présente, c'est le transversal ou bis-sciatique; il y a là une altération profonde dans les formes naturelles du bassin; la situation des fémurs va l'expliquer facilement: ceux-ci portés très loin en dehors, en haut et en arrière, puisqu'ils sont remontés dans la fosse iliaque externe, tirent fortement dans ce sens tous les muscles qui les entourent, mais principalement ceux qui de l'éminence ischiatique se portent à l'extrémité des fémurs; les muscles carré, jumeaux, obturateurs internes, fortement alongés, poussent et tirent l'ischion en dehors; les fibres inférieures de l'obturateur externe, celles des adducteurs, la partie interne de la capsule articulaire, agissent de la même manière sur les branches de l'arcade pubienne; de là, l'écartement considérable des ischions que nous avons signalé; ceux-ci tendant à leur tour les petit et grand ligamens sacro-sciatiques, il en résulte une courbure plus prononcée des dernières pièces du sacrum et du coccyx, et par suite la diminution du diamètre coccy-pubien, et la plus grande profondeur de la concavité du sacrum. La même cause explique le peu de hauteur de l'excavation pelvienne; l'ischion tiré vers la fosse iliaque s'est porté dans ce sens en infléchissant l'arcade pubienne, et par suite a diminué la hauteur du bassin.

L'on voit, par cet exemple, combien les agens étrangers aux propres forces ostéogéniques sont puissans pour modifier la forme, les dimensions et les usages des os. Nous devons cependant remarquer que malgré le grand rétrécissement éprouvé par quelques uns des diamètres pelviens, ils sont toujours restés suffisamment larges pour permettre l'accouchement naturel, et c'est probablement cette circonstance qui en a imposé à M. Dupuytren, qui professe dans son mémoire que la luxation congénitale des fémurs n'exerce aucune action sur le développement du bassin, fait démenti par la pièce que je viens de décrire, et par toutes celles où existait une luxation fémorale de quelque ancienneté. Cette erreur ne pouvait être rectifiée que par une étude attentive de faits anatomiques; car, en supposant que la femme qui fait le sujet de notre observation fût devenue enceinte (ce que l'état de l'utérus ne permet pas d'admettre), elle aurait pu accoucher naturellement, et l'on aurait probablement conclu, quoique à tort, que le bassin avait acquis ses dimensions normales.

Mécanisme de la luxation fémorale produite par relâchement de l'appareil ligamenteux.

Si l'opinion de M. Gerdy, sur le mécanisme de la luxation des fémurs en haut et en dehors, ne se trouvait hors de cause par l'alongement simultané de la capsule, il serait difficile de comprendre comment le ligament rond, relâché outre mesure, aurait pu faire basculer la tête du fémur et la porter au delà du niveau du bord de la cavité cotyloïde; mais cette condition n'est pas nécessaire; et comme l'articulation n'est maintenue que par les muscles, il suffit d'un mouvement d'adduction forcée pour que le fémur sorte de sa cavité et reste luxé par l'action des extenseurs. A cette époque de l'accident, la tête du fémur repose sur le bord externe de la cavité cotyloïde; elle est entourée par la capsule, et soulève et tiraille fortement les insertions iliaques du petit fessier. Une fois la luxation produite, le déplacement continuera à s'opérer successivement, et l'effet de la marche, lorsque l'enfant commence à s'y exercer, doit puissamment contribuer à ce résultat; plus la tête fémorale s'éloignera de la cavité cotyloïde, plus la capsule alongée tendra à se mouler sur elle; elle en embrassera entièrement la surface, et étant pressée contre le rebord osseux cotyloïdien, elle s'aplatira et prendra la forme d'une espèce de corde, ou mieux, d'un épais trousseau ligamenteux, en passant au dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Ce trousseau fibreux dépendra du rapprochement des parois de la capsule articulaire, qui se seront mises dans un contact plus ou moins intime sans contracter d'adhérence, de sorte que la continuité de la cavité séreuse, étendue de la surface cotyloïdienne à

la tête fémorale, ne sera pas interrompue; elle représentera un canal renflé à ses deux extrémités, dont l'une sera due à la cavité cotyloïde et l'autre à la saillie de la tête du fémur; dans toute sa longueur elle sera parcourue par le ligament rond, qui, pressé dans les mouvemens d'adduction entre deux surfaces osseuses, s'aplatira et tendra à se réduire en filamens longitudinaux, ainsi que la pièce en a offert la preuve.

Pendant que le déplacement successif du fémur et les divers mouvemens imprimés au membre donnent à la capsule la disposition précédemment indiquée, le petit fessier se trouve de plus en plus soulevé par la tête fémorale, qui s'avance au dessous de lui, et il finit par la recouvrir et lui former une véritable enveloppe ou capsule musculaire incomplète qui contribue un peu à l'assujétir. D'autre part, et en raison de la mobilité, se produit une bourse muqueuse entre la fosse iliaque et la capsule, et cette nouvelle synoviale développée au milieu du tissu cellulaire inter-musculaire du petit fessier, permet à la tête du fémur un écartement en dehors assez étendu, quoiqu'elle en soit la conséquence et non la cause.

M. Dupuytren a noté la rotation du pied en dedans comme symptôme de la luxation congénitale des fémurs, et l'on sait que dans tous les cas de luxation en haut et en dehors cette position du pied a été constamment décrite. Cependant, dans notre observation, la rotation du pied en dehors pouvait être portée beaucoup plus loin que la rotation en dedans; le sujet étant étendu sur le dos, les deux pieds touchaient le sol ou la table, par tout leur bord externe, et se trouvaient ainsi dans un même plan horizontal; il était même facile de porter la rotation en dehors encore plus loin. Ainsi, l'on voit que non seulement ce mouvement de pied était possible, mais qu'il dépassait même de beaucoup l'état normal. Ce fait, nous l'avons retrouvé dans d'autres luxations anciennes du fémur, et il s'explique aisément : le grand fessier et les autres muscles rotateurs de la cuisse en dehors n'étant contrebalancés que par des résistances passives, finissent par les vaincre, à moins que la tête fémorale ne soit luxée depuis peu, ou n'ait été assujétie par une fausse ankylose sur l'os iliaque; ils déterminent à la longue la possibilité d'une rotation complète du membre, rotation bien plus étendue que dans l'état normal, parce que les os, par leur rencontre, n'imposent aucune limite à ce mouvement. Si les individus porteurs de telles luxations marchent quelquefois les pieds en dedans, cela tient probablement à ce que la tête du fémur appuie alors directement contre l'os iliaque, et que le trousseau ligamenteux fixé à l'épine iliaque antérieure et inférieure est raccourci et tendu dans cette position et bien plus efficace pour soutenir le membre. Ces deux circonstances sont, je crois, les meilleures raisons de la rotation du pied en dedans pendant la marche; mais cette position du membre ne constitue un état, ni constant ni permanent, et la rotation du pied en dedans ne doit plus compter comme un signe pathognomonique des luxations fémorales dans la fosse iliaque.

S'il était vrai, comme paraît le penser M. Breschet, que la cause des luxations congénitales du fémur fût l'absence d'une cavité cotyloïde, l'observation précédente serait déjà une objection contre cette doctrine, en faveur de laquelle je ne connais pas de faits positifs, tandis qu'on peut lui opposer tous ceux qui ont été recueillis par les anatomo-pathologistes. Ceux-ci, en effet, ont toujours trouvé une cavité cotyloïde dont la petitesse et le rétrécissement s'expliquaient parfaitement par la longue durée de la luxation; d'après cette loi, que toute cavité osseuse tend à s'oblitérer lorsqu'elle ne renferme plus le corps qu'elle est naturellement destinée à contenir. Ainsi, les alvéoles pour les dents, les cavités articulaires pour les têtes osseuses des diverses jointures du corps; et si l'on ne rencontrait plus sur un bassin aucune trace de cavité cotyloïde, dans un cas de luxation ancienne, on serait bien plus fondé à présumer l'oblitération de cette cavité, que son absence congénitale. L'ostéogénie ne vient pas plus à l'appui du savant M. Breschet. La cavité cotyloïde est due à la réunion des trois pièces osseuses (1) qui composent l'os des îles, et tout le monde sait que l'ilium, l'ischion et le pubis, ne se soudent que très tard et se voient encore séparés sur des bassins d'enfans de huit à quatorze ans. La tête du fémur occupe, pendant la vie intra-utérine, l'intervalle que rempliront ces trois pièces osseuses après la naissance, et cet intervalle existe nécessairement, car un arrêt de développement ne pourrait le rendre que plus grand; il ne me paraît donc pas possible de supposer que la tête du fémur passe sur l'ilium et occupe une surface saillante au lieu d'une concave par absence de cavité cotyloïde, puisque cette cavité et l'espace intermédiaire aux trois portions de l'os des îles sont la même chose et ne peuvent manquer dans aucun cas.

Possibilité de la réduction.

Depuis le mémoire de M. Humbert de Morlaix, la réduction des luxations congénitales ne peut plus être révoquée en doute, et constitue une des plus belles acquisitions de la chirurgie moderne; car, si l'on doit rendre à Hippocrate la gloire d'avoir parfaitement reconnu et décrit la luxation congénitale du fémur, c'est à notre époque qu'appartiendra celle d'avoir trouvé des moyens de guérison pour un accident beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit communément, et jusqu'à présent irrémédiable. L'on conçoit combien il faut de temps et d'efforts soutenus pour changer la forme des ligamens, ramener la tête osseuse dans son ancienne cavité, et lui rendre la fixité et la mobilité convenables; des appareils mécaniques ont seuls une pareille puissance, et l'anatomie pathologique nous rend juges de leur action.

Dans un cas semblable à notre observation, le ligament capsulaire apporterait de grandes résistances à la réduction, en s'opposant au retour de la tête osseuse au niveau de sa cavité, et en ne lui permettant pas de passer au tra-

(1) Cruveilhier en a décrit une quatrième, mais elle est ici peu importante.

vers du rétrécissement que nous avons signalé au dessous d'elle; mais le premier obstacle aiderait à surmonter le second: la capsule, d'abord fixée dans sa position anormale par les fibres de la fosse iliaque et l'épaississement du trousseau ligamenteux né de l'épine iliaque antérieure et inférieure, ne se laisserait pas facilement déprimer, et les tractions exercées sur le fémur porteraient en grande partie sur l'étranglement et l'élargiraient peu à peu: le fémur abaissé graduellement finirait par appuyer sur la cavité cotyloïde, et une fois revenu à sa position normale, il rétablirait promptement la cavité cotyloïde, si l'on suppose que celle-ci ait subi un rétrécissement considérable. Mais l'expérience nous montre l'atrophie de la tête du fémur et celle de la cavité articulaire marchant à peu près du même pas, de sorte qu'une espèce de concordance existe entre les os de l'articulation, et que le rétrécissement cotyloïdien et l'atrophie de la tête fémorale se correspondent. On s'est demandé si les muscles raccourcis pouvaient s'alonger et s'ils ne seraient pas un obstacle insurmontable à la réduction, et ensuite au rétablissement de la mobilité du membre. Un raccourcissement, suite de déchirure ou de lésions organiques profondes, serait certainement difficile à détruire; mais de nombreux exemples prouvent que les muscles peuvent s'alonger beaucoup et s'accommoder à de nouvelles positions Ainsi, dans les luxations, certains muscles éprouvent des alongemens énormes sans se rompre, et si le déplacement n'est pas réduit, ils s'accoutument à cet état et reprennent leurs fonctions. On peut donc en conclure, à plus forte raison, qu'on réussira à les ramener à leur état normal. D'ailleurs, les faits répondent encore mieux et ils sont décisifs à cet égard. Aussi, sans nous occuper davantage ici des moyens curatifs, admettons-nous la possibilité de la réduction et du rétablissement complet des usages du membre; la laxité des ligamens, cause première de l'affection, étant une prédisposition favorable pour le traitement et la guérison, et l'atrophie de la cuisse devant bientôt disparaître sous l'influence de l'exercice, dès que la nutrition n'est plus gênée par la situation vicieuse des parties.

Observation II. *Luxation du fémur gauche, en haut et en dehors, ou dans la fosse iliaque externe, avec persistance du ligament rond, et possibilité de la réduction; pièce rencontrée sur un sujet de femme de trente-cinq ans environ, apporté pour les dissections, dans les pavillons de l'école pratique, en octobre* 1833.

C'est à mon ami le docteur John Avery que je suis redevable de ce cas de luxation fémorale, qui ne laisse aucun doute sur la possibilité de la réduction des luxations les plus anciennes du fémur. Cet exemple remarquable fut trouvé sur un sujet de femme de petite taille, âgée de trente-cinq ans environ. La conformation générale était régulière; les articulations petites et bien prises; les lèvres minces; etc. Rien en un mot n'annonçait une constitution scrofuleuse. Nous ne pûmes remonter à aucun renseignement antérieur, car il fut impossible de savoir dans quel hôpital cette femme était morte; et comme elle avait été autopsiée, l'absence des viscères ne nous permit pas d'assigner les causes de sa dernière maladie; cependant l'ampleur des parties génitales externes, et un peu de lait trouvé dans les mamelles, semblaient indiquer une parturition assez récente.

Le membre inférieur gauche manifestement émacié, offrait un raccourcissement de plus de deux pouces; les mouvemens de flexion forcée sur l'abdomen, d'abduction et d'adduction, ainsi que l'extension étaient faciles; le pied dirigé en avant, mais la rotation en dedans et en dehors très libre; aucune cicatrice n'existe aux tégumens de la région ilio-fémorale; on remarque deux éminences saillantes vers la fosse iliaque externe gauche; l'une, formée par la tubérosité ischiatique, est plus petite et située plus bas; l'autre, plus prononcée, est due au grand trochanter, que la rotation en dedans du membre rapproche de l'épine iliaque antérieure et inférieure, au niveau de laquelle il est exactement placé; on sent plus profondément une tumeur arrondie, dure et mobile, déterminée par la tête du fémur, comme le prouvent l'écartement du grand trochanter et l'étendue des arcs de cercle qu'il décrit pendant les mouvemens de rotation du membre; cependant cette tumeur semble plus petite et moins éloignée du grand trochanter, que la longueur naturelle du col fémoral ne devrait le permettre; circonstances qui indiquaient une altération de cette portion de l'os.

La peau, incisée depuis la crête iliaque jusqu'au milieu de la hauteur de la cuisse, paraît doublée d'une grande quantité de graisse. Le grand fessier est pâle, mou et comme infiltré de la même substance, le moyen fessier se rapproche davantage de l'état naturel. Le petit fessier est très pâle, très mince et très graisseux; sa circonférence semble avoir été tiraillée et rapprochée de son insertion fémorale; il est soulevé par la tête du fémur, et s'identifie par sa face profonde avec la capsule qui enveloppe la nouvelle articulation. Cette capsule s'insère solidement à l'épine iliaque antérieure et inférieure, par des trousseaux ligamenteux distincts, et le tendon réfléchi du muscle crural antérieur, qui s'épanouit et se perd à sa surface; puis elle se porte en haut, dépasse d'un pouce en arrière le milieu de l'échancrure sciatique, et se fixe en bas à un pouce au dessus du sommet de cette échancrure; en avant elle se confond avec l'ancienne capsule normale, qui n'a probablement pas été rompue dans ce sens, et se continue intimement avec elle, au devant de la cavité cotyloïde qui est seulement rétrécie et moins profonde; les insertions au col du fémur sont normales; toute la portion capsulaire fixée au dessus du petit trochanter, subit une très grande tension dans les mouvemens forcés de rotation du membre en dehors, auxquels elle met obstacle. On peut, par un mouvement de flection et d'adduction de la cuisse, ramener la tête du fémur dans la cavité cotyloïde et réduire ainsi la luxation; toute la portion iliaque de la nouvelle capsule est alors affaissée aplatie, et la portion cotyloïdienne se trouve soulevée et saillante; mais cette réduction quoique complète apporte de grands obstacles aux mou-

vemens ; la cuisse ne peut être étendue et reste fléchie à angle droit, en raison de la brièveté et de la force des fibres ligamenteuses qui se portent de l'épine iliaque antérieure et inférieure au col du fémur ; ou si l'on veut l'étendre, il faut la porter dans une rotation en dedans exagérée ; on possède à la vérité un levier puissant pour vaincre cette résistance, et, la tête fémorale prenant un point d'appui sur le fond de la cavité cotyloïde, il suffirait d'abaisser le genou pour exercer évidemment une traction irrésistible sur la portion devenue trop courte de la capsule ; mais pour obtenir ces résultats, il faudrait ne pas avoir à craindre la fracture du col du fémur, et il est probable que dans un pareil effort, ce serait lui qui céderait ; fait qui ne milite en aucune manière contre la réduction pendant la vie, car on pourrait alonger peu à peu les ligamens dès qu'elle aurait été obtenue ; il montre en outre que le rétablissement immédiat des mouvemens n'est pas une conséquence nécessaire de la réduction dans les luxations anciennes.

La surface extérieure de la capsule est blanchâtre, unie, d'un tissu fibreux, serré et égal, sans aucune trace de cicatrice ni de rupture ancienne ; elle se lie au tissu cellulaire du petit fessier qui a manifestement contribué à la produire ; la surface interne, mise à découvert par une incision longitudinale, est onctueuse au toucher, sans aucune adhérence avec la tête du fémur, elle se continue au devant de l'ancienne cavité cotyloïde, ce qui permet de la partager en deux parties, l'une fémorale, l'autre iliaque. La première semble appartenir à la nouvelle capsule, elle ne couvre pas entièrement la tête du fémur, et se distingue de la seconde par une frange mince, aplatie, dont la base un peu plus large se confond avec le tissu même de la capsule, et dont le sommet ou bord libre forme un anneau incomplet de près d'un demi pouce de largeur, dont une extrémité part du bord externe de la cavité cotyloïde, et l'autre se porte en arrière, du côté de la fosse iliaque où elle se perd insensiblement.

Cet anneau ou frange m'a paru de nature à indiquer les limites de l'ancienne capsule, qui, s'étant déchirée lors de l'accident, se sera réunie imparfaitement au tissu fibreux de nouvelle formation qui a entouré la fausse articulation ; la seconde portion ou iliaque, n'est pas aussi lisse ; elle est plus dense, moins flexible, et a presque un demi pouce d'épaisseur. Sa coloration paraît plus claire ; du reste l'union qui s'est produite entre ces deux portions, que je suppose primitivement distinctes, est intime et ne peut être rompue.

Le ligament rond est intact, mince et rubané ; il se trouve comprimé entre l'os iliaque et la tête du fémur, et n'a contracté aucune adhérence ; il passe sur le bord externe de la cavité cotyloïde, dans laquelle il rentre pour se fixer à la manière normale ; son insertion au sommet de la tête du fémur est extrêmement aplatie. La tête fémorale est atrophiée, particulièrement vers son sommet ; elle est partagée par un sillon en deux portions, l'une revêtue d'un cartilage articulaire très mince, l'autre interne qui appuyait directement sur la fosse iliaque, est aplatie, et son cartilage est jaunâtre et fort épais. Le col fémoral est également atrophié et un peu court. La fosse iliaque offre une cavité de quelques lignes de profondeur, dans le point correspondant à la fausse articulation ; cette cavité est limitée en arrière par un rebord osseux, qui donne attache à la nouvelle capsule ; et elle est tapissée par un tissu ligamenteux ou fibro-cartilagineux, qui présente dans quelques points et plus particulièrement en dehors l'apparence d'un cartilage articulaire ; cette couche fibreuse est extrêmement adhérente à la fosse iliaque, et semble recouverte d'un commencement de synoviale ; elle est tomenteuse et comme onctueuse au toucher ; l'épaisseur en est plus grande que celle du cartilage de la cavité cotyloïde ; mais çà et là elle est affaissée, plus dense et se rapproche davantage d'une texture véritablement cartilagineuse.

Une seconde fausse articulation, si on peut lui donner ce nom, s'était établie entre le petit trochanter et la portion ischiatique de l'os iliaque, située au dessous de la cavité cotyloïde ; le petit trochanter, au lieu d'être conique et entouré de muscles, a une tête arrondie et soutenue par un rétrécissement circulaire ou collet ; le tendon des muscles psoas et iliaque s'insère tout à fait en dehors en passant sur le petit trochanter, il s'y épanouit et représente un cartilage articulaire dont il remplit les fonctions ; il est lisse, onctueux, revêtu d'une synoviale ; parfaitement moulé sur l'éminence osseuse, et réduit à une ou deux lignes d'épaisseur. La cavité est formée aux dépens des fibres du muscle obturateur externe, qui ont été séparées par la pression exercée par le petit trochanter dans les mouvemens d'adduction. Cette cavité se prolonge en arrière jusqu'au dessous du tendon de l'obturateur interne ; ses parois sont extrêmement lâches, et se prêtent aux mouvemens de la cuisse en haut et en dehors, qui éloignaient le petit trochanter d'environ trois pouces de la surface osseuse, sur laquelle il reposait lors de l'adduction forcée ; elles sont formées par les fibres de l'obturateur externe d'une part, qui, divisées en deux faisceaux à la face antérieure, finissent profondément par ne plus présenter que des filamens entremêlés ; et d'autre part par du tissu cellulaire organisé en large bourse muqueuse qui se continue depuis les fibres superficielles de l'obturateur externe jusqu'autour du petit trochanter, où il se lie au tendon des psoas et iliaque. En général cette capsule ou enveloppe était très mince, excepté en avant et en dehors, où elle présentait un peu plus d'épaisseur ; mais elle n'avait pas en arrière plus d'une demi ligne, sens où elle était il est vrai fortifiée par les tendons de l'obturateur interne, des jumeaux et du carré ; une synoviale apparente dans quelques points s'étendait dans toute la cavité et semblait même entourer les fibrilles isolées et profondes du muscle obturateur externe, dont l'aspect répondait quelque peu à celui des colonnes charnues des oreillettes du cœur.

	MEMBRE SAIN OU DROIT.			MEMBRE LUXÉ OU GAUCHE.		
	Pieds.	Pouces.	Lignes.	Pieds.	Pouces.	Lignes.
Examen comparatif des os du membre malade et du membre sain.						
Hauteur totale du fémur,	1	2	1	1	1	11 1/2
Du bord externe du grand trochanter au sommet de la tête du fémur,	»	2	7	»	2	5
Circonférence de la tête, prise au dessus du collet,	»	4	9	»	4	1
Circonférence du col,	»	3	3	»	2	9
Du sommet du petit trochanter au point opposé du collet de la tête fémorale,	»	1	6	»	1	4
Circonférence du fémur au dessous du petit trochanter,	»	3	4	»	2	11
Circonférence de l'extrémité inférieure, un peu au dessus des condyles,	»	3	9	»	3	6
Circonférence de la partie moyenne des fémurs,	»	2	7	»	2	5
Epaisseur totale du condyle externe, prise d'avant en arrière,	»	2	2	»	1	11
Idem, du condyle interne,	»	1	10	»	1	9
Examen comparatif des deux côtés du bassin.						
Tout l'os iliaque du côté affecté a subi une absorption interstitielle qui lui a fait perdre une grande partie de son épaisseur,	»	»	»	»	»	»
De la symphyse pubienne au sommet de l'épine iliaque antérieure et supérieure,	»	5	1	»	5	1
De la symphyse pubienne à l'articulation sacro-iliaque,	»	3	11	»	3	11
De la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure et supérieure,	»	6	2	»	6	2
Du sommet de la symphyse pubienne à la crête iliaque, prise au milieu de sa longueur,	»	6	7	»	6	3
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine iliaque postérieure et supérieure,	»	5	3	»	5	1
Hauteur de la fosse iliaque interne, mesurée du milieu du bord du détroit supérieur à la partie moyenne de la crête iliaque,	»	3	5	»	3	»
Etendue de la crête iliaque, mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postérieure et inférieure,	»	7	6	»	7	5
Hauteur de la paroi pubienne de l'ischion à la portion du bord pubien antérieur, compris entre l'épine pubienne et l'éminence iléo-pectinée,	»	3	»	»	2	6
Du sommet de la fosse ischiatique à l'intervalle compris entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence iléo-pectinée,	»	1	11	»	1	6
Hauteur du trou ovalaire,	»	1	10	»	1	6
Diamètre transversal du trou ovalaire,	»	1	4	»	1	4
Largeur de la nouvelle cavité articulaire, mesurée en dedans de la capsule du bord cotyloïdien externe au rebord osseux développé sur la fosse iliaque,	»	»	»	»	1	3
Diamètre vertical de la nouvelle cavité,	»	»	»	»	1	8

Réflexions.

Cette luxation datait de plusieurs années ; la facilité des mouvemens, leur étendue en tous sens, l'atrophie et l'état graisseux des muscles fessiers, la parfaite organisation de la fausse articulation, où l'on trouve une nouvelle cavité avec commencement de rebord osseux en haut et en arrière, sens où la plus grande pression du fémur était exercée ; une capsule fibreuse,

solide et épaisse, un cartilage articulaire rudimentaire, il est vrai, mais recouvrant complétement le tissu osseux de la nouvelle cavité et le préservant du contact immédiat de la tête du fémur; enfin, une synoviale avec tous ses caractères normaux, sont, je crois, des preuves indubitables de l'ancienneté de la maladie; les modifications éprouvées par le fémur et le bassin confirment encore ce jugement. L'os iliaque gauche est très aminci, et il a perdu de sa hauteur, résultat qui se lie à l'affaissement de la cavité cotyloïde et à la traction exercée par les muscles qui se fixent à l'ischion et à l'arcade pubienne, et aussi à l'action de la claudication sur le bassin. Les diamètres horizontaux sont à peu près restés les mêmes, à l'exception d'une légère différence dans la longueur de la crête iliaque, due à la pression de la tête fémorale sur la partie la plus antérieure de l'ilium, ce qui a un peu déjeté en arrière l'épine iliaque antérieure et supérieure, sans la rapprocher de la ligne médiane; le fémur a la même hauteur, la différence qui semble exister au premier abord, dépendant de l'affaissement du col; mais le corps de l'os est fortement altéré dans son épaisseur, et cette atrophie a marché de haut en bas. Ainsi, la circonférence de la tête a perdu trois lignes, si on la compare à celle du côté sain; celle du col a perdu six lignes; celle du fémur, au dessous du petit trochanter, cinq lignes; enfin, celle de la partie moyenne de l'os deux lignes seulement.

Certes, des modifications aussi profondes n'arrivent pas en quelques mois, et il faut des années pour les produire.

Nous voyons cependant que la réduction était possible, et que le rétrécissement de la cavité cotyloïde était compensé par l'atrophie de la tête du fémur; une légère extension combinée à un mouvement d'adduction et de rotation en dedans aurait suffi pour obtenir une cure dont beaucoup de praticiens eussent certainement nié la possibilité.

Les mémoires de l'Académie de chirurgie rapportent l'histoire d'une jeune dame atteinte d'une luxation de la cuisse, et guérie au bout de deux ans; le membre était raccourci de plusieurs pouces, mais il s'alongeait par le repos et l'extension, pouvant jouer dans un champ vertical assez étendu; eh bien! ce fait est révoqué en doute. M. Dupuytren a pensé qu'il y avait eu erreur de diagnostic de la part des chirurgiens traitans, et M. Marx a soutenu la même idée dans son mémoire sur l'époque à laquelle on peut encore tenter la réduction des luxations. Cependant, l'anatomie nous prouve, comme je viens de le faire voir, qu'une réduction de luxation du fémur n'aurait rien d'extraordinaire au bout de deux années; car je suis persuadé que l'accident datait de beaucoup plus long-temps sur la femme qui est l'objet de notre observation; et si l'on se fonde sur l'analogie, on admettra même que la luxation était ici congénitale; car, jusqu'à ce jour, c'est dans ce genre seul de déplacement que l'on a rencontré le ligament rond persistant et intact.

Il faut admettre qu'il y a eu alongement du ligament rond et rupture de la capsule, à moins de supposer que cette dernière, poussée toute entière dans la fosse iliaque externe, et entourant de toutes parts la tête du fémur, a fini par contracter des adhérences sur l'os iliaque dans toute la limite de la pression du fémur et s'est confondue avec le périoste, puis a disparu, ou s'est modifiée pour prendre l'apparence d'un fibro-cartilage; mais dans cette opinion, il faudrait que la portion externe de la capsule se fût énormément élargie pour permettre les mouvemens de la tête de l'os; de plus, elle eût formé une adhérence circulaire autour de la tête du fémur, et le côté interne qui correspond au bord externe de l'ancienne cavité cotyloïde ne serait pas resté libre et ouvert du côté de la cavité cotyloïde. D'ailleurs, dans la luxation par relâchement de la capsule, le déplacement doit être successif, et si la capsule contractait des adhérences, elle le ferait immédiatement après un premier déplacement, la nouvelle articulation se ferait donc sur le rebord cotyloïdien, ce qui n'avait pas lieu; en outre, le col du fémur serait circonscrit et comme étranglé par la capsule, et il n'y aurait pas un large intervalle capable de laisser revenir la tête de l'os à sa situation naturelle; d'où viendraient encore ces lamelles observées à la face interne du ligament capsulaire et dans les points qui semblent avoir été le siége forcé de la rupture au moment de la luxation? Toutes ces raisons me portent à admettre que l'articulation a pu présenter une grande laxité, mais que la capsule a été rompue, tandis que le ligament rond a été seulement alongé; dès lors, la tête du fémur, en partie recouverte par son ancienne capsule et en partie par les fibres du petit fessier, a déterminé autour d'elle de l'inflammation, l'épaississement du tissu cellulaire du petit fessier et sa transformation en tissu ligamenteux; celui-ci, par ses adhérences et sa continuité avec l'ancienne capsule, a donné naissance à un seul ligament capsulaire, embrassant en même temps l'ancienne et la nouvelle cavité. En outre, sous l'influence de la pression de la tête du fémur sur l'os iliaque, le périoste s'est épaissi, et un dépôt de matière osseuse s'étant fait dans les points de la nouvelle capsule les plus exposés aux frottemens de la tête osseuse, c'est-à-dire à sa circonférence, et ayant adhéré en manière de rebord osseux à l'os iliaque, il en est résulté une véritable cavité articulaire.

Ce fait, et ceux qui se trouvent réunis dans ce mémoire, nous conduisent à cette autre remarque, qu'il existe toujours une libre communication entre le point qu'occupe l'extrémité de l'os luxé et la cavité articulaire normale. On avait supposé jusqu'à ce jour, mais à tort, je crois, que l'intervalle établi par la luxation entre l'os et sa cavité se trouvait rempli par les débris de la capsule et les chairs, ou pour mieux me faire comprendre, on admettait que la tête de l'os ayant traversé un espace plein, le trajet parcouru se refermait derrière elle, les parties reprenant alors leur situation naturelle. De là, l'impossibilité en théorie de réduire les luxations anciennes, parce qu'on supposait que les parties ayant contracté des adhérences fermaient la route de l'ancienne cavité articulaire et opposaient des obstacles insurmontables; de là, l'opinion que cette même cavité est remplie par les chairs, par la capsule

déchirée, etc., et qu'elle devient impropre à recevoir la tête de l'os; mais il suffit de considérer attentivement, une articulation sous les yeux, ce qui se passe au moment d'une luxation, pour comprendre que le fait est tout différent; l'os déplacé est sorti de la cavité articulaire par un des points de sa circonférence; c'est dans ce point que la capsule a cédé, tantôt en se détachant du pourtour de la cavité, tantôt en se rompant dans ses attaches à la tête osseuse; dans ces deux cas, elle n'offre qu'une ouverture au travers de laquelle passe la tête de l'os, tirant après elle le reste de la capsule, qui continue à la recouvrir en partie; les muscles qui se sont trouvés sur le trajet de l'os luxé ont été refoulés, et ne peuvent, en aucun cas, se refermer derrière la tête de l'os, parce que c'est sur cette tête qu'ils prennent leurs points d'insertion et qu'ils se conforment à sa nouvelle situation.

Il pourrait sembler probable que la synoviale enflammée par la violence qui a produit la luxation, contractât des adhérences sur le bord de la cavité articulaire où elle se trouve en contact avec elle-même, et que de cette adhérence résultât l'occlusion de l'ancienne cavité. Cette terminaison pouvait être supposée dans des luxations du fémur dans la fosse iliaque externe, genre de luxation où la tête fémorale est fort éloignée de sa cavité et où l'angle que forme l'os force la capsule à s'appliquer sur elle-même au côté externe de la cavité cotyloïde; toutes les circonstances sembleraient donc favoriser l'adhérence, et cependant je ne l'ai jamais rencontrée, et je suis obligé d'admettre que l'inflammation adhérive est fort rare dans les synoviales articulaires, et que la continuation de la sécrétion de la synovie par les points de la capsule non endommagés est un moyen qui sert encore à entretenir la communication, et qui concourt aussi à la formation des fausses articulations, en empêchant la tête de l'os luxé d'adhérer aux parties avec lesquelles elle se trouve alors en contact; il résulte de ces diverses causes, que la tête luxée ne contractant pas d'adhérences et se trouvant lubréfiée par la synovie, commence immédiatement à jouer un peu sur les nouvelles parties qui constituent ses rapports, et qu'elle détermine peu à peu les changemens qui établiront plus tard une fausse articulation complète. Un seul cas pourrait être en opposition avec la doctrine que je viens d'exposer, ce serait celui où le déplacement aurait été porté assez loin pour que la capsule eût été entièrement rompue et n'eût plus de rapport avec l'os luxé. Ce cas peut se supposer, il est vrai, *à priori*, mais il est impossible, je crois, qu'il ait jamais été observé, à moins que ce ne soit lors de l'arrachement d'un membre ou dans les luxations compliquées de la sortie de l'os à travers les tégumens, etc., ce qui ne s'applique aux luxations que d'une manière éloignée, car alors les indications sont fort différentes.

Pour que la capsule fût entièrement rompue, il faudrait un déplacement tel que tous les muscles voisins le seraient infailliblement, parce que une fois la capsule détachée sur un point, les autres portions intactes permettent à l'os un écartement énorme avant de se déchirer, car elles lui impriment un mouvement de rotation qui dirige du côté de la cavité leur point d'insertion, et laisse l'os se déplacer au delà de leur longueur de toute son épaisseur.

Un second motif pour qu'il ne puisse s'établir de cloison intermédiaire entre la cavité articulaire et le point occupé par l'os déplacé, c'est que souvent cet os a une telle direction, qu'il passe sur la cavité articulaire et remplit ainsi presque seul le trajet parcouru; ainsi, dans la luxation du coude en arrière, les extrémités supérieures du cubitus et du radius restent en contact avec la surface articulaire de l'humérus; le triceps se trouve fortement rejeté en arrière, par la nécessité de s'accommoder à la situation de l'olécrâne auquel il s'insère, et il n'existe par conséquent d'autre partie intermédiaire entre les surfaces huméro-cubitales que le corps du cubitus lui-même, qui, lors de l'extension, glisse sur l'humérus et laisse la place libre aux surfaces articulaires. Quant aux muscles biceps et brachial antérieur qui auront été fortement appliqués contre le ligament huméro-cubital antérieur, ils seront éloignés de ce rapport par l'extension imprimée aux os de l'avant-bras, et comme ils sont obligés de suivre les mouvemens de ces os, ils se porteront en avant avec eux et dégageront la face antérieure de l'articulation. On voit que dans ce cas, le seul obstacle à la communication de l'ancienne cavité articulaire avec le point occupé par la tête de l'os, serait l'ankylose, et l'on sait combien cet accident est rare à la suite des luxations.

Il en est de même dans les luxations en haut et en dehors du fémur; cet os se déplaçant dans un mouvement forcé d'adduction, de flexion et de rotation en dedans, c'est le col fémoral qui occupe l'intervalle qui sépare le côté externe de la cavité cotyloïde de la tête du fémur, et qui concourt à maintenir la libre communication entre l'ancienne cavité articulaire et la nouvelle qui va se former; lorsque les mouvemens se rétablissent, c'est par l'alongement des parties. Mais comme l'adduction est le point de départ de la mobilité, et par conséquent, reste le mouvement le plus complet, on comprend que la libre communication entre les deux cavités n'en souffre pas, et qu'aussitôt les chances d'inflammation dissipées et la continuité des synoviales établie, il n'y a plus que l'oblitération complète de la cavité cotyloïde qui puisse mettre en défaut la règle que nous avons posée.

Cette observation nous a donc permis de constater :

1° L'ancienneté considérable de la luxation;

2° La possibilité de la réduction;

3° L'atrophie proportionnelle de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde;

4° La formation d'un nouveau ligament capsulaire, continu et réuni à l'ancien, de manière à ne produire qu'une vaste capsule embrassant l'ancienne et la nouvelle articulations, et laissant une libre communication entre elles;

5° La persistance du ligament rond;

6° Le développement d'un nouveau fibro-cartilage sur la portion de l'os iliaque formant le fond de la fausse cavité articulaire;

7° Le dépôt de matière osseuse sur l'os ilia-

que et autour de la tête du fémur, de manière à représenter une nouvelle cavité cotyloïde ;

8° La formation d'une nouvelle articulation entre le petit trochanter et la face antérieure de l'ischion ;

9° Les altérations de conformation, peu profondes à la vérité, survenues dans le bassin ;

10° L'atrophie du fémur portant principalement sur l'épaisseur de l'os, et d'autant moins marquée, qu'on l'examine plus inférieurement ;

11° La meilleure position à donner au membre pour ramener l'os luxé dans sa cavité naturelle ;

12° le non rétablissement immédiat des mouvemens de l'articulation, à la suite de la réduction, etc., etc.

SÉDILLOT,

Chirurgien démonstrateur au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté de Paris, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II. RECHERCHES SUR LES COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE CHEZ L'ENFANT.

Thèse de M. Boudin (Avril 1835).

Dans l'article rougeole du *Dictionnaire des sciences médicales*, et dans le même article du *Dictionnaire de médecine*, en vingt-un volumes, les éloges donnés aux observateurs anciens et modernes qui ont écrit sur cette maladie, appartiennent sans doute à la partie de leurs ouvrages qui traite de l'éruption proprement dite, car la plus grande lacune existe dans l'histoire des complications ; il est facile de le prouver par un examen rapide des ouvrages écrits sur la rougeole. N'est-il pas évident qu'on ne peut éclairer cette partie de l'histoire de la rougeole qu'en constatant pendant la vie et après la mort l'état de tous les organes par toutes les méthodes d'exploration ; or, c'est ce qui n'a pas été fait, et l'anatomie pathologique de la rougeole surtout a été complétement négligée.

Depuis Rhazès, qui, le premier, a désigné cette maladie, jusqu'à Sydenham, qui a bien décrit la marche et les caractères de l'éruption, on ne trouve rien de précis sur les complications. Rien dans Hoffmann ; rien dans Lazare Rivière, Stoll, les auteurs des actes des curieux de la nature, Huxam, Lepecq de la Clôture, les auteurs des actes de la société de Copenhague et de la collection d'Edimbourg.

Waston a observé deux épidémies : l'une en 1763, l'autre en 1768 ; la mortalité en fut assez considérable, quoique très différente dans les deux cas ; mais l'anatomie pathologique fut faite avec si peu de soin, que l'histoire des complications n'en a été aucunement éclairée.

Pinel observa une épidémie de rougeole, en 1799, à la Salpétrière, et dans ses ouvrages on ne trouve que quelques lignes consacrées à ce sujet. Voici les seuls résultats de ses observations : Cinq des enfans atteints de l'épidémie de rougeole tombèrent dans le marasme, et à l'ouverture du corps de deux d'entre eux, on trouva les poumons et la trachée *gorgés de mucosités*. Chez un autre sujet, à l'autopsie on trouva le *carreau* et les trois quarts des deux poumons *rongés par le pus*.

Cette citation textuelle suffit pour démontrer que Pinel, par des faits aussi incomplets, n'a rien ajouté à la question dont il s'agit.

M. Gaspard Roux observa, en 1806 et 1807, une épidémie de rougeole, près Châlons-sur-Saône ; il en a composé une monographie ; mais dans cette monographie on ne trouve encore absolument rien de positif sur les complications. L'auteur rapporte des observations dont l'âge des sujets varie depuis quatre mois jusqu'à cinquante ans ; comment peut-on comparer une même affection chez des sujets d'un âge si différent? D'ailleurs l'auteur, en faisant un ouvrage qu'il croit fondé sur l'observation, ne songe pas à rapprocher les faits pour en tirer les conséquences ; il généralise d'après ses impressions et ses souvenirs.

Quant aux complications, elles n'ont été indiquées que dans huit cas, et ce sont l'*embarras stomacal, une fièvre gastrique, légère, une fois la pneumonie, une fois la fièvre adynamique*, et toutes ces observations sont rapportées en deux ou trois lignes. Les symptômes qui ont servi à diagnostiquer la fièvre adynamique furent la prostration, la diarrhée, la sécheresse de la langue, le sujet ne fut pas ausculté ni percuté ; on ne décrit pas les crachats ; il est dit tout simplement : Le sujet succomba, et l'autopsie n'en est pas faite. Or, comment peut-on faire entrer de pareilles observations dans une analyse de faits ?

En 1809, M. Campaignac observa, à l'Hôpital des Enfans, une épidémie de rougeole ; il énonce très légèrement les symptômes ; quant à l'anatomie pathologique, voici ce qu'on trouve dans son mémoire : « Quelques cadavres furent « ouverts (on ne se donne pas la peine de noter « le nombre, comme si cela était peu important), « on trouva la muqueuse du larynx et de la « trachée rouge ; les vaisseaux cérébraux, le « cœur, le foie étaient gorgés de sang et volu- « mineux ; trois enfans avaient les poumons « hépatisés en plusieurs points ; l'inflammation « du foie était évidente sur un quatrième. » Ainsi, on n'a pas ouvert l'intestin. Il faut avoir une bien singulière idée de la médecine pour croire qu'il est utile de livrer à la publicité les résultats d'observations aussi incomplètes.

M. Guersent, dans l'article rougeole du dictionnaire en vingt-un volumes, parle des complications d'une manière bien vague encore : ainsi, il dit qu'on rencontre la pneumonie, l'inflammation du canal intestinal, le pseudo-croup ; mais il ne décrit aucune de ces altérations, il ne rapporte aucune analyse de faits. La pneumonie était-elle simple ou double, avec ou sans pleurésie, avec ou sans épanchemens? son siége, le degré d'hépatisation, la durée de la maladie ? qu'entend-on par inflammation du canal intestinal ; quel était le siége précis, l'étendue de cette inflammation, le degré de consistance, d'épaisseur de la membrane muqueuse? Toutes ces choses sont entièrement négligées.

C'est pour suppléer à une partie de ces omissions que M. le docteur Isidore Boudin a choisi la rougeole pour sujet de sa thèse inaugurale (avril 1835). Ayant recueilli des observations de rougeole à l'Hôpital des Enfans ma-

lades, M. Boudin, ancien élève de M. Bretonneau, ancien interne de M. Louis, analysa tous les symptômes observés pendant la vie et toutes les altérations trouvées après la mort.

Ses observations furent suivies sur des enfans généralement de bonne constitution, âgés de deux à sept ans, et venant principalement de la maison de la rue de l'Oursine, où l'administration des hôpitaux avait recueilli les orphelins dont les parens avaient péri dans le choléra de 1832.

M. Boudin a trouvé, qu'en général, les caractères de la rougeole sont plus tranchés chez les enfans que chez l'adulte, ce qui tient suivant lui à la blancheur et à la finesse de la peau. « Les parties qui étaient le siége de l'éruption étaient couvertes d'un grand nombre « de taches, plutôt rouges que roses, irrégulièrement arrondies, laissant entre elles de « petits intervalles où la peau était saine. Dans « aucun cas, lors de l'entrée des malades à l'hôpital, l'éruption n'occupait toutes les parties « du corps, mais seulement la face, le cou, « le thorax et les membres supérieurs. Le lendemain, elle avait envahi toutes les autres « parties du corps; chez huit sujets, du deuxième « au troisième jour de l'entrée à l'hôpital, les « taches offrirent un aspect légèrement violacé, « c'est-à-dire que l'éruption prit cette teinte « avant de s'effacer complétement; chez deux « autres, ce changement s'opéra du quatrième « au cinquième jour. »

Assurément, il est impossible de méconnaître à cette description la rougeole, telle qu'elle est décrite par les bons observateurs. Il faut louer l'auteur d'avoir mis ainsi le lecteur à même de juger par lui-même si effectivement, c'est de la rougeole dont on va l'entretenir, plutôt que de procéder par une simple assertion, en supposant l'éruption déjà si bien connue, qu'il ait été impossible que l'auteur se soit mépris sur ses caractères. Cette méthode de tout reprendre à chaque propos, n'est pas sans inconvénient; sans cesse elle fait tout comme si tout était à faire; elle traite la science, comme si la science n'était pas; recommence ce qui est fini, explique ce qui est expliqué, et perd souvent en d'inutiles développemens une analyse qui n'apprend rien. Mais il faut dire aussi qu'elle complète souvent ce qui était incomplet; laisse à chacun son originalité; donne à l'étude des sciences ce charme si vif dans les arts, de comparer les impressions diverses, que fait sur les esprits la vue d'un même objet; cette méthode n'augmente-t-elle pas enfin les motifs de certitude, en augmentant le nombre des témoignages?

Quoi qu'il en soit, exposons la partie vraiment neuve de la thèse de M. Boudin, c'est-à-dire l'histoire des complications de la rougeole.

M. Boudin a vu l'éruption rubéoleuse se compliquer, dans le tiers des cas, de sudaminas au cou, au ventre; dans un cas, ces sudaminas étaient si abondans qu'ils couvraient toute la surface de la peau, sans laisser seulement un espace vide de la grandeur d'une pièce de vingt sous; le plus grand nombre avaient le volume d'une grosse tête d'épingle.

Nous ajouterons que cette complication de sudaminas n'est point particulière à la rougeole; qu'elle a lieu dans presque toutes les affections fébrile des enfans, sans que nous puissions lui assigner encore par l'observation aucune valeur.

La fin de l'éruption, chez quelques malades, est signalée par la chute de l'épiderme en quelques parties seulement, autour des lèvres, des yeux et du cou. Ce phénomène est bien moins constant et bien moins remarquable qu'à la suite de la scarlatine. Ce n'est point une desquamation véritable, mais plutôt une défloration.

La peau, chez les sujets qui succombent comme chez ceux qui guérissent, reste longtemps sèche et râpeuse.

Une conjonctivite simple avait lieu dans tous les cas. Une fois, M. Boudin vit cette conjonctivite dégénérer en une ophthalmie purulente, qui, dès le troisième jour, avait produit la fonte de l'œil.

Observant, à l'Hôpital des Enfans, à peu près à la même époque que M. Boudin, nous avons été plusieurs fois témoins de cet accident, dans le cours de la rougeole, mais beaucoup moins fréquemment que dans le cours de la variole. D'une autre part, nous pouvons assurer qu'un grand nombre des ophthalmies rebelles, si fréquentes chez les enfans, et qui quelquefois persistent pendant toute la vie, ont leur point de départ de l'éruption rubéoleuse.

Les enfans n'éternuaient qu'au début de la maladie; mais dans les cas graves, les ailes du nez étaient dilatées pendant l'inspiration et leurs bords libres excoriés, ce qui a lieu dans presque toutes les maladies graves des jeunes enfans.

Les lèvres étaient aussi souvent excoriées et tapissées par une couche sanguine, desséchée et noirâtre.

M. Boudin a mis un soin particulier à examiner l'isthme du gosier, ce qui est assez difficile chez les enfans. Il a trouvé que la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais étaient toujours d'un rouge vif; les amygdales tuméfiées diminuaient notablement l'espace qui les sépare; nulle trace de fausses membranes en aucun point; la déglutition des liquides avait lieu dans tous les cas sans régurgitation.

J'ai examiné ces parties, dit l'auteur, avec d'autant plus de soin que je voulais savoir s'il ne serait pas possible de découvrir dans la membrane muqueuse qui les tapisse les caractères de l'éruption existant à la peau; il m'a été impossible de distinguer aucune tache.

Notre observation sur ce point n'est point entièrement d'accord avec celle de M. Boudin, car nous avons trouvé, non seulement qu'il existait des taches bien visibles sur la voûte palatine, de même qu'il existe sur cette partie des pustules dans la variole; mais en outre, nous avons fréquemment noté, sur les gencives inférieures, principalement autour du collet des dents, une fausse membrane blanchâtre très distincte, quoique très mince, qui s'enlevait par le frottement. Cette fausse membrane n'est point particulière à la rougeole, car elle se retrouve en d'autres maladies aiguës, mais elle est plus marquée dans la rougeole.

Nous avons noté souvent quelque chose de tout à fait semblable sur la membrane muqueuse qui tapisse la vulve des petites filles ayant la rougeole.

La voix avait un caractère particulier à la rougeole; elle était rauque, striduleuse, à tel point, qu'à l'entendre, on peut déjà soupçonner la maladie, surtout dans les premiers jours de l'invasion.

La toux, sans expectoration dans tous les cas, était très fréquente ; dans un seul, elle eut un caractère particulier : elle se montrait d'abord avec dyspnée, menaces de suffocation et un timbre rauque, mais qui ne ressemblait pas aux aboiemens d'un chien ; la respiration était sifflante dans l'inspiration comme dans l'expiration ; mais chez ce sujet il y avait complication de fausses membranes dans la trachée et à l'origine des bronches seulement.

Le nombre des inspirations a varié de trente-six à soixante par minute.

En général, dès le début, il existait des deux côtés de la base du thorax et en arrière un râle sous-crépitant à petites bulles, chaque fois que M. Boudin a pu ausculter les malades dès les premiers jours.

Quand le catarrhe pulmonaire dégénérait en pneumonie, le râle sous-crépitant était remplacé par la respiration bronchique et la bronchopnonie, dans les mêmes points où ces signes étaient perçus, la percussion donnait un son mat. Mais M. Boudin remarque que jamais au niveau de l'hépatisation pulmonaire la matité n'était aussi complète que chez l'adulte.

M. Boudin n'a pas essayé d'apprécier à quelle époque de la maladie survient la pneumonie, dans quels cas elle est le plus à craindre, et quelle en est la marche. Cette recherche est pourtant l'une des plus importantes qu'on puisse se proposer dans l'étude de la rougeole. Nous ne la croyons pas hors de la portée de l'observation. C'est pourquoi nous avons essayé, d'après nos observations particulières, de suppléer à cette lacune; et sans donner des chiffres positifs, nous pouvons établir que la pneumonie de la rougeole se manifeste d'ordinaire du cinquième au sixième jour après l'éruption ; que la durée des prodrômes de l'éruption ne paraît avoir aucune influence sur le développement de cette complication ; que l'intensité de l'éruption plus ou moins grande, sa disparution subite, n'ont pas une influence aussi fâcheuse qu'on le dit, ou du moins que ceci n'est point d'une observation frappante. En général, cette pneumonie est double, sa marche est très lente ; elle n'entraîne la mort qu'après vingt-cinq ou trente jours, et c'est probablement cette circonstance qui a fait croire que la rougeole favorisait le développement des tubercules.

Or, nous nous croyons aujourd'hui autorisés à soutenir qu'il n'y a dans la science aucune proposition plus hasardée que cette prétendue influence de la rougeole sur le développement des tubercules.

Ainsi, M. Boudin n'a trouvé que trois fois des tubercules sur une douzaine d'enfans.

Que si ce nombre paraît peu considérable, j'ajouterai que dans une analyse de quatre-vingts cas de rougeole, faite par moi, sur trente-huit cas suivis de mort, je n'ai trouvé que huit fois des tubercules, ce qui assurément ne dépasse pas la proportion dans laquelle on trouve les tubercules sur n'importe quelle série d'enfans ayant succombé à d'autres maladies. Cette proportion moindre des tubercules, chez les enfans qui succombent à la rougeole, est concevable, car les enfans pris de rougeole sont ordinairement sains et souvent robustes.

En outre, dans les cas où il existait des tubercules, ces productions morbides n'étaient pas plus ramollies à la suite de la rougeole que dans d'autres circonstances; ils n'étaient pas plus nombreux, et le tissu pulmonaire autour n'était pas plus malade.

La pleurésie ou la pleuro-pneumonie compliquent assez fréquemment la rougeole : six fois sur douze, suivant M. Boudin. Cette complication est reconnaissable par la percussion, car l'égophonie est rarement appréciable chez les enfans ; elle est beaucoup plus grave que chez l'adulte, car la mort a lieu dans la majorité des cas.

Les caractères anatomiques de la pleurésie ou de la pneumonie, suites de la rougeole, n'offraient rien de particulier.

A la suite de pleurésies observées par M. Boudin, l'épanchement existait quatre fois à gauche, deux fois à droite. Dans un seul cas, la pleurésie était double.

Le liquide épanché variait de deux à six onces. Il était jaune-verdâtre, analogue pour la consistance à la purée très claire, mêlé de flocons jaunâtres amorphes nageant dans son intérieur.

La plèvre était recouverte dans la plus grande partie de son étendue par une fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur, partout d'un jaune-paille, d'un aspect tomenteux, très molle, facile à enlever par lambeaux de huit à neuf lignes. La plèvre sous-jacente avait perdu complétement sa transparence, sa couleur était d'un rouge vif et l'on distinguait parfaitement à sa surface une injection capillaire très marquée.

La pneumonie avait lieu neuf fois sur douze. Elle était double dans sept cas : une fois à droite et une fois à gauche.

Dans tous les cas, sauf un, l'inflammation marcha de bas en haut ; c'est-à-dire que les lobes inférieurs étaient le plus généralement affectés, quelquefois le lobe moyen et rarement le lobe supérieur.

Du reste, l'hépatisation pulmonaire offrait les mêmes caractères que dans la pneumonie simple, telle que nous l'avons décrite (Voyez le numéro de septembre). Il est seulement très remarquable que l'hépatisation grise ne fut pas très fréquente malgré la marche en général chronique de ces sortes de pneumonie.

Il était assurément fort curieux d'examiner l'état de la membrane muqueuse bronchique et trachéale, afin de compléter l'histoire du catarrhe pulmonaire qui est la complication de la rougeole. Aussi, M. Boudin s'est-il bien gardé de négliger ce genre de recherches.

Ainsi, il a rencontré dans les bronches de tous les sujets ayant succombé, un mucus blanchâtre ou légèrement jaunâtre, plus ou moins aéré, assez abondant, d'une viscosité très médiocre, facile à détacher de la muqueuse bronchique

par un simple filet d'eau ; jamais il n'a trouvé, même dans les cas de pneumonie, rien de semblable aux crachats rouillés, visqueux, demi-transparens qu'on trouve chez les adultes.

La membrane muqueuse était d'un rouge vif; la rougeur était moins vive vers les dernières ramifications bronchiques ; elle était dans tous les cas plus épaisse que dans l'état normal, finement arborisée ; les arborisations persistaient dans les lambeaux qu'on enlevait ; sa consistance était très diminuée ; elle cessait très promptement et ne permettait pas qu'on enlevât des lambeaux de plus de deux lignes.

Dans un cas, entre la base des cartilages arythénoïdes, dans l'espace qui sépare en arrière les deux cordes vocales inférieures, on voyait une ulcération de deux lignes d'étendue transversalement et d'une ligne de haut en bas. Le fond en était grisâtre, les bords irrégulièrement arrondis ; la muqueuse complétement détruite ; le tissu sous-muqueux était évidemment épaissi. Les cordes vocales supérieures offraient environ le double de leur épaisseur ordinaire : elles étaient comme œdémateuses.

Dans un autre cas, outre la rougeur et l'épaississement, il existait dans la trachée, à un pouce au dessous du cartilage cricoïde, une fausse membrane blanchâtre, de forme cylindrique, adhérente en haut, flottante en bas, de l'épaisseur d'une demi-ligne environ et d'un pouce de longueur. A l'œil nu, nous n'avons pas découvert de ramifications vasculaires dans son intérieur ; la muqueuse sous la fausse membrane était d'un rouge plus vif que dans les autres parties, avec un aspect pointillé à sa surface. A l'origine des bronches se trouvait encore une autre fausse membrane absolument de la même nature, de deux lignes de largeur sur quatre de longueur et d'une demi-ligne d'épaisseur. Les bords en étaient déchiquetés et fort adhérens à la membrane bronchique.

Après les complications fournies par les altérations des organes respiratoires, viennent celles qui dépendent du tube intestinal.

Rarement les enfans vomissent dans le cours de la rougeole. M. Boudin n'a observé ce symptôme qu'une seule fois chez un enfant qui avait beaucoup d'ascarides lombricoïdes.

L'anorexie est assez prononcée dans les premiers jours de la maladie, pour que les enfans repoussent les alimens qu'on leur présente. La soif est toujours vive.

La langue est généralement humide, sans rougeur, couverte dans toute son étendue d'un enduit blanchâtre.

La douleur épigastrique ne peut guère être appréciée surtout chez les jeunes enfans.

Dans deux cas seulement, M. Boudin a constaté que le ventre était dur et météorisé.

Dans plus de la moitié des cas, il a trouvé qu'il y avait diarrhée dès le début.

Nous ajouterons que dans tous les cas suivis de mort, qui ont été observés par nous, trente-huit sur quatre-vingts, la diarrhée eut constament lieu pendant les deux tiers de la maladie ; et dans plus de la moitié des guérisons, la diarrhée beaucoup moins abondante et moins opiniâtre, eut encore lieu pendant la convalescence.

Les altérations du tube digestif trouvées après la mort furent remarquables.

Ainsi, dans trois cas, M. Boudin a trouvé, dans la grande courbure, des ulcérations, au nombre de cinq à douze, dans chaque estomac. Ces ulcérations se présentaient sous la forme d'enfoncement ou de dépressions de la muqueuse, de deux à trois lignes de diamètre, rosées à leur pourtour, à bords affaissés ; la muqueuse était aux trois-quarts détruite dans son épaisseur ; entre les ulcérations la muqueuse avait un peu plus d'épaisseur que dans les autres points ; la consistance constatée par la traction des lambeaux était évidemment moindre que partout ailleurs. Le tissu cellulaire sous-muqueux était un peu épaissi et plus injecté au niveau des ulcérations. Dans deux cas, la muqueuse avait un aspect mamelonné ; son épaisseur était un peu augmentée, mais la consistance était très bonne et sa coloration grisâtre.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle n'offrit que deux fois des altérations notables : c'étaient des portions de cinq à six pouces, injectées, épaissies et ramollies. Les follicules de Peyer, examinées avec soin, ont toujours été trouvées parfaitement saines. Il en était de même des glandes mésentériques.

Mais c'était la membrane muqueuse des gros intestins qui le plus souvent était malade. Comme M. Boudin, je l'ai trouvée rouge, épaissie et ramollie dans presque toute son étendue, tantôt criblée d'un grand nombre de petites ulcérations de demi-ligne à une ligne de diamètre, irrégulièrement arrondies, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, dans lequel, la muqueuse étant enlevée, l'ulcération se continuait sous forme de dépression. La muqueuse avait autour des ulcérations un degré d'épaisseur de plus que dans les parties voisines ; sa consistance était celle du mucus. Il était impossible d'enlever des lambeaux. Le tissu cellulaire était aussi un peu épaissi et très injecté.

Dans quelques cas, nous avons trouvé des fausses membranes sur toute la surface de l'intestin, disposées en forme d'îlots, d'une étendue variable de trois à quatre lignes, plus ou moins irrégulièrement arrondies à leur pourtour. Ces fausses membranes étaient séparées entre elles par des intervalles où la muqueuse était d'un rouge vif ; elles avaient environ un quart de ligne d'épaisseur et n'adhéraient presque pas à la muqueuse sous-jacente. Celle-ci était rouge et épaissie.

Le foie, la rate et les reins n'ont jamais offert rien de particulier.

L'observation des symptômes pendant la vie et l'examen des organes après la mort n'a rien montré du côté de la circulation, les tuniques artérielles n'étaient point imbibées de sang.

Quoique quelques enfans eussent présenté du délire au début de la maladie, ou bien un peu d'affaissement dans les derniers jours, le cerveau et ses enveloppes n'offrirent rien de notable. Ces organes parurent seulement injectés.

Jamais nous n'avons observé l'arachnitis comme l'une des complications de la rougeole. Dans beaucoup de Traités de pathologie, cette

affection est bien indiquée comme étant assez fréquemment le résultat de la répercussion de l'éruption rubéoleuse. Je tiens de M. Louis, qu'il en est de même chez les adultes. D'après cet observateur, la rougeole serait, chez ces derniers, beaucoup moins grave que chez les enfans, car il ne se souvient pas d'avoir vu chez les adultes un seul cas qui ait été suivi de mort.

Nous signalerons encore, comme complication de la rougeole, l'anasarque, que nous avons observée une fois seulement sur quatre-vingt-quatre cas ; la gangrène de la bouche deux fois, et surtout d'autres éruptions, notamment la variole, qui survient quelquefois après la disparution de l'éruption rubéoleuse, ou quelquefois même au beau milieu de cette éruption.

Ainsi, j'ai observé cinq fois la variole, survenant quinze ou vingt jours après la disparution de la rougeole.

Une fois seulement au milieu de cette éruption. Dans ce cas, les deux éruptions suivirent chacune très distinctement leur marche particulière.

Cinq fois la variole succéda à la rougeole.

Deux fois à la scarlatine.

Nous n'avons vu qu'une seule fois la rougeole se répéter à quinze jours d'intervalle.

Cette succession des éruptions qui semblent, pour ainsi dire, s'appeler l'une l'autre, nous a paru fort remarquable. Mais si nous avons vu la variole succéder à la rougeole et la scarlatine, jamais au contraire nous n'avons observé que ces deux dernières éruptions se soient déclarées chez des sujets qui venaient d'être atteints de la variole.

En général, cette succession d'une éruption à une autre épuisait les malades et entraînait assez rapidement la mort.

Quant à la mortalité de la rougeole, elle fut de trente-huit sur quatre-vingt-quatre dans mon service. L'âge est la seule influence qui ait pu être appréciée.

Ainsi, nous trouvons, de deux à cinq ans, vingt-six morts ;

De cinq à dix ans, onze morts ;

Après dix ans, un mort.

Comme la pneumonie est sans contredit la complication qui, à la suite de la rougeole, entraîne le plus fréquemment la mort, nous pouvons conclure, en rapprochant cette table de mortalité de la table de mortalité à la suite de la pneumonie simple (Voyez le numéro de septembre), que la pneumonie simple ou compliquant la rougeole, est infiniment plus grave avant qu'après l'âge de six ans.

Un séjour antérieur dans l'hôpital, par conséquent, quelque maladie antécédente, était une circonstance défavorable. Les enfans qui se trouvaient dans ce cas succombèrent presque tous.

A l'Hôpital des Enfans, le traitement de l'éruption rubéoleuse n'offre rien de particulier : il consiste dans des soins hygiéniques et dans le repos. Quant au traitement des complications, notamment de la pneumonie, c'est le traitement antiphlogistique, saignées locales et générales. Mais nous ne pouvons que dire, avec M. Boudin : « Les évacuations sanguines n'ont « modifié en rien la marche de la péripneu- « monie ; elle n'a pas retrogradé un seul ins- « tant ; chez ceux qui ont été saignés, le mou- « vement fébrile a diminué un peu pendant « quelques heures seulement. »

Il y a des personnes qui blâmeraient M. Boudin de n'avoir donné que des résultats négatifs, par rapport au traitement, et qui l'accuseraient d'avoir négligé la thérapeutique, but principal de la médecine. Mais ceux qui considéreront combien il est difficile d'apprécier les effets d'un médicament, combien il faut bien connaître avant les effets naturels de la maladie, sauront gré à M. Boudin de sa réserve et le loueront de ne point préconiser au hasard telle médication plutôt que telle autre.

Cette thèse est le commencement d'une bonne histoire de la rougeole. Mais le petit nombre de faits sur lesquels elle repose, exige nécessairement de nouvelles recherches, faites dans le même sens. Tous les points principaux de l'histoire de la rougeole y sont plutôt indiqués que résolus. Mais sachons gré à l'auteur de son travail tel qu'il est. Il faut un commencement à tout. Et si l'on avait ainsi procédé depuis des siècles, nos connaissances sur la rougeole ne seraient point aussi vagues et aussi bornées qu'elles le sont aujourd'hui.

E. Rufz, D.-M. P.
Professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris.

III. **Du coton écru dans l'érysipèle.** — *Observations recueillies dans le service de* M. Reynaud, *premier chirurgien en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale.*

Obtenir des guérisons rapides par les moyens les plus simples et les moins douloureux, doit être le but constant d'une thérapeutique sage et raisonnée. C'est pour y parvenir que presque tous les corps de la nature ont été étudiés sous le rapport de leurs propriétés médicinales, et qu'on a varié à l'infini leurs formes pharmaceutiques, leurs doses, leur mode d'administration. Mais tous les agens médicamenteux ne sont pas entrés dans le domaine de la thérapeutique, à la suite de tâtonnemens incertains ou d'essais infructueux ; et ceux-là seuls se présentent avec des chances de réussite, qui, couronnés d'un succès constant dans le traitement d'une maladie connue, sont appliqués au traitement d'une autre affection qui offre avec celle-là quelque analogie sous le rapport des symptômes ou des tissus malades. C'est cette idée qui a déterminé l'emploi du coton pour la guérison des inflammations de la peau et surtout de l'érysipèle.

Le coton écru, qu'une proscription presque générale en France bannissait du traitement des plaies, est reconnu aujourd'hui comme le moyen le plus efficace dans les brûlures. Depuis que les expériences d'Anderson à l'hôpital de Glascow ont appelé l'attention des praticiens sur cette propriété du coton, il n'est aucun médecin qui n'ait eu à constater les effets toujours constans de cette substance. Pour nous, cette vertu médicatrice est tellement hors de

doute que nous n'hésitons pas à l'appliquer dans toutes les brûlures quel que soit le degré de gravité qu'elles présentent; car des observations nombreuses recueillies soit dans les salles de clinique chirurgicale de l'hôpital de la marine, soit à bord des bâtimens de l'état, nous ont prouvé que le coton calme instantanément la douleur, autant dans les ustions superficielles de la peau, que dans celles qui, pénétrant profondément, occupent toute l'épaisseur du derme, et que si, dans ces dernières, il ne peut empêcher la suppuration et la chute des escarres, du moins il abrége beaucoup la maladie en diminuant les douleurs et en hâtant la formation d'une cicatrice unie et solide qui s'établit avec rapidité et en silence sous l'abri protecteur de la couche de coton qui recouvre la plaie.

Frappé de l'efficacité du coton dans les brûlures, et se basant sur l'analogie évidente qui existe entre l'inflammation de la peau produite par un corps incandescent et celle que la nature provoque à la périphérie dans l'érysipèle, M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, essaya le coton dans cette dernière maladie, et ce sont les résultats constamment heureux qu'il en retire chaque jour, qu'il nous a permis de livrer au monde médical.

Le traitement général de l'érysipèle a peu varié, et les médecins de tous les temps s'accordent à dire que, suivant les tempéramens, les causes, la nature, le siége de l'érysipèle, la profondeur, l'étendue, l'importance des tissus envahis, il faut rester dans une sage expectation, ou déployer de bonne heure les moyens énergiques capables d'enrayer la marche d'une maladie quelquefois funeste. Aussi les saignées générales et locales, déplétives ou dérivatives, les vomitifs, les purgatifs, les boissons délayantes, forment-ils, sous tous les systèmes, la base d'une médication rationnelle de l'érysipèle. Mais il n'en est pas de même du traitement local, et malgré le nombre de topiques employés tour à tour, malgré des succès hautement annoncés, il est vrai de dire que ce traitement n'est fixé sur aucune base solide, chaque médecin ayant adopté celui qui lui a donné le plus de guérisons. Ainsi, pendant que les uns n'ont recours qu'aux émolliens et aux sédatifs, les autres emploient les répercussifs les plus violens.

Le vésicatoire sur le centre de l'érysipèle, pour enrayer sa marche en provoquant une sorte de crise par une suppuration artificielle;

La circonscription de l'inflammation opérée à l'aide d'une cautérisation des tégumens sains qu'on pratique soit avec le feu ou les caustiques, soit avec un vésicatoire en ruban ou la pommade de Gondret dont on entoure le siége du mal;

La cautérisation superficielle des tégumens enflammés qu'a proposée M. Larrey;

La compression adoptée par M. Bretonneau;

Les frictions mercurielles auxquelles MM. Ricord et Serre d'Alais accordent tant d'éloges;

Ont été tour à tour recommandés comme de puissans auxiliaires des moyens généraux dont ils ne dispensent jamais dans les cas graves, et qui, dans les cas simples, ne font que hâter une guérison qu'on aurait obtenue, un peu plus tard peut-être, par le repos, le régime et les boissons délayantes. La plupart de ces moyens sont d'ailleurs très douloureux; le feu, les caustiques, le vésicatoire, peuvent laisser des cicatrices légères, il est vrai, mais indélébiles, et ne sauraient être appliquées que dans des cas extrêmes sur certaines parties telles que la face et le cou. Les onctions mercurielles répugnent par leur odeur et leur saleté, et peuvent être repoussées par des préjugés qu'il n'est pas toujours facile de détruire dans la pratique civile.

A tous ces topiques M. Reynaud vient ajouter le coton écru cardé. A des moyens d'une application douloureuse, d'une action énergique sur nos tissus, quelquefois fâcheuse dans ses effets, il substitue une substance molle, douce au toucher, d'un prix très modique, qu'on a toujours sous la main, d'une application facile et sans douleur, qui ne peut avoir aucun inconvénient puisqu'elle n'est douée d'aucune propriété énergique, et dont l'action est si sûre qu'on peut à son gré éteindre et réveiller l'inflammation, la déplacer pour l'éteindre de nouveau, en supprimant ou en continuant son application. — Ici, comme dans la brûlure, le coton calme la douleur comme par enchantement; une chaleur douce et humide remplace ce prurit, ce fourmillement, cette chaleur âcre et mordicante qui doublent la douleur; peu à peu le gonflement diminue, la rougeur disparaît, la peau se détend, se plisse, et sans se couvrir de ces écailles furfuracées qui caractérisent la fin de l'érysipèle et qui persistent quelquefois long-temps; on y aperçoit à peine quelques légers lambeaux d'épiderme qui se détachent aussitôt. L'excitation générale cesse avec les phénomènes locaux, la fièvre diminue, s'éteint, et, dans les cas simples, les fonctions organiques rentrent dans leur *rythme* normal, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à d'autre médication. Ce qu'il y a de plus heureux dans l'action du coton, c'est qu'il convient également et produit des effets analogues quelle que soit la nature de l'érysipèle, idiopathique ou traumatique; quel que soit son siége, à la face, au tronc ou aux membres; quelle que soit la profondeur des tissus envahis: car les observations suivantes montreront que des érysipèles phlegmoneux ont été puissamment amendés, d'autres tout-à-fait arrêtés par la seule application du coton. Ce résultat ne doit point étonner, si, comme le pense M. Reynaud, le coton n'agit qu'en provoquant sur la partie malade une chaleur douce, une sorte de bain de vapeur qui y entretient une température toujours égale, une humidité convenable, en privant la partie malade du contact de l'air et de la lumière, puissans excitateurs du système cutané. Le coton ne suffit pas dans tous les cas; il ne dispense pas plus que les autres topiques des moyens généraux, mais il leur prête un très grand secours; il favorise, il hâte la résolution, et lorsque cette heureuse terminaison n'a pu avoir lieu, il sert encore à borner l'inflammation, à en arrêter les progrès en la circonscrivant dans les limites que le médecin veut bien lui imposer.

La manière d'appliquer le coton est très simple.—On choisit du coton écru bien cardé, afin qu'il soit débarrassé de tous les corps étrangers qu'il contient quelquefois, et on en applique une couche assez épaisse pour priver complétement la partie malade du contact de l'air et de la lumière, en ayant soin que le coton dépasse de quelques pouces les bornes de l'érysipèle. Une compresse et quelques tours de bande simplement contentifs maintiennent l'appareil: à la face, un masque en toile, ou deux mouchoirs placés l'un sur les parties latérales, l'autre sur la face remplissent parfaitement le but.

On enlève l'appareil toutes les vingt-quatre heures pour juger de ses effets, ou bien on le laisse pendant toute la durée du traitement, s'il n'y a pas d'indication contraire. Si le coton adhérait trop fortement à la peau, dans les cas où il y a un peu de suintement, on le détacherait en appliquant par dessus un cataplasme émollient.

Quelques observations donneront plus de poids à ce que nous venons d'avancer.

Observation Ire. — *Érysipèle à la face.*

Marcon (Jean), matelot de troisième classe, entre à l'hôpital le 5 janvier 1833, atteint d'un érysipèle à la face, qui date de six jours et que l'on ne peut attribuer à aucune cause appréciable. Toute la face est envahie, les yeux sont clos, le cuir chevelu seul est intact. Les symptômes généraux sont peu marqués.—La face est couverte de coton, maintenu à l'aide d'un masque. Soupe, crême de tartre ℥ß dans un litre d'eau d'orge.

Le 6, la résolution est établie, la langue est encore un peu saburrale, la chaleur modérée, le pouls fréquent; une selle.

Le 7, la rougeur a disparu, la desquamation commence, le pouls est naturel, la langue belle.

Le 8, état normal, le malade demande à sortir.

Observation II. — *Érysipèle à la face.*

Gourham (Jérôme), matelot de troisième classe, âgé de vingt-sept ans, provenant du vaisseau *Le Suffren*, entre le 14 octobre 1833.

Le 15, à la visite du matin, l'érysipèle est borné aux paupières et au pourtour des ailes du nez. Le gonflement est assez prononcé, la douleur à peine sensible, la rougeur et la chaleur peu intenses. Fréquence légère du pouls, langue sale, dégoût. Le malade est sujet aux érysipèles.

Du coton cardé recouvre les parties enflammées. Limonade. Le surlendemain, tout avait disparu et le malade ne se plaignant plus que d'un léger malaise, le coton fut supprimé.

Le 24, les symptômes érysipélateux reparaissent d'abord fixés comme naguère au nez et aux paupières, mais ils acquièrent plus d'intensité, et, de la visite du soir à celle du matin, toute la face est envahie, surtout vers le front. Des signes d'arachnitis se manifestent et sont combattus avantageusement par un traitement rationnel, (saignées du bras et du pied, sangsues au front, vésicatoires aux jambes). Pendant tout le temps que dura la phlegmasie de la séreuse cérébrale, du coton fut maintenu sur la face. L'érysipèle ne fit aucun progrès et ne dépassa point les parties qui furent les premières atteintes. Le 9 novembre, c'est-à-dire douze jours après son invasion, lorsque le masque fut tout-à-fait enlevé, la peau, revenue à son état de souplesse naturelle, n'offrait que quelques lames furfuracées d'épiderme qui se détachèrent facilement. Les yeux seuls conservèrent pendant quelque temps un peu de sensibilité.

Observation III. — *Érysipèle à la face.*

Madame ***, sujette tous les ans à des érysipèles de la face, pour lesquels elle était obligée de garder le lit plusieurs jours, et qui d'ordinaire présentaient un caractère de gravité, est prise d'un érysipèle qui débute au front et gagne bientôt les paupières et les joues. Dès le premier jour, 24 sangsues sont appliquées aux malléoles pour combattre quelques symptômes cérébraux, et la face fut couverte de coton écru cardé. Son effet fut si prompt que les phénomènes inflammatoires cessèrent aussitôt, et que le coton put être retiré après trois jours. Madame *** était tout-à-fait guérie.

Observation IV. — *Erysipèle à la face.*

Madame ***, âgée de 60 ans, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade. Le 20 mai 1835, elle est atteinte d'un érysipèle à la face survenu sans cause appréciable. Le 22, elle réclame des soins, et offre l'état suivant: gonflement considérable de toute la face et d'une partie du cou, rougeur écarlate, sécheresse et sentiment de brûlure à la peau, douleur aiguë occasionée par la tension des tégumens, prurit insupportable, céphalalgie vive, langue blanche, soif, abdomen libre, pouls dur, plein et fréquent: une saignée de douze onces est pratiquée, une limonade est prescrite, et la face est recouverte de coton cardé qu'on maintient au moyen de deux mouchoirs. Dès le lendemain, plus de douleur, encore un peu de tension, la peau se plisse, les paupières restent engorgées sans être rouges, la céphalalgie est moindre, langue humide, peu de soif, pouls fréquent sans dureté.

Le 24, mieux général; un lavement.

Le 25, presque plus de gonflement, plus de rougeur.

Le 26, la malade se lève, il ne reste plus qu'un léger engorgement œdémateux des paupières; il n'y a presque pas de desquamation.

Observation V. — *Érysipèle occupant les deux jambes.*

Souquet (Marie), âgé de 20 ans, matelot de deuxième classe, entre à l'hôpital le 1er octobre 1834.

Gonflement érysipélateux des deux jambes datant de 4 à 5 jours; la rougeur n'est pas uniformément répandue, elle est parsemée en larges plaques assez rapprochées; les jambes en sont comme marbrées; la douleur et la chaleur sont peu intenses dans l'état de repos; langue sale, soif légère, pouls fréquent et plein: le malade fut saigné après son arrivée à l'hôpital, et les membres entourés de coton.

Le 3 octobre, le coton enlevé laisse voir le

deux jambes revenues presque à leur état normal; le gonflement est à peine marqué, la rougeur est remplacée par une teinte un peu plus brune de la peau; le malade n'y ressent plus de douleur; bien-être général d'ailleurs.

Le 5, le malade sort parfaitement guéri.

Observation VI. — *Érysipèle à la jambe gauche.*

Laurent (Jérôme), âgé de 25 ans, ouvrier de l'Arsenal, entre à l'hôpital le 7 février 1832, atteint d'un érysipèle qui occupe la jambe gauche, étendu depuis le dos du pied jusqu'au mollet et embrassant tout le pourtour du membre. Cette affection, survenue depuis trois jours, paraît liée à la disparition d'une fièvre intermittente quotidienne dont il a éprouvé trois accès. A la visite du soir (faite par le chef de la clinique), 20 sangsues sont appliquées autour de la surface enflammée, qui est après recouverte d'un cataplasme émollient.

Le lendemain, il y a peu d'amendement, les symptômes inflammatoires persistent; du reste point de désordres fonctionnels; application de coton.

Le 9, 24 heures après, l'appareil enlevé laisse voir le membre dans son état presque naturel; un peu d'œdème existe autour de la malléole interne; le coton est réappliqué.

Le 10, l'œdème est complétement dissipé.

Le malade sort le 12 après cinq jours d'hôpital.

Observation VII. — *Érysipèle à la jambe droite.*

Semaria (Julien), matelot de troisième classe, entre à l'hôpital le 3 mars 1833, provenant de la frégate *La Victoire*. Il offre un érysipèle occupant la jambe droite dans toute son étendue, et datant de dix jours. Il y a un an, le malade fut atteint d'une maladie semblable à la même jambe. Les symptômes inflammatoires sont très prononcés, le pouls est dur et fréquent, des symptômes d'embarras gastrique se montrent en même temps.

(Limonade avec ℥ß de tartrate acidule de potasse et application de coton.) Le lendemain le pouls est naturel, le gonflement et la rougeur sont moindres, la douleur est nulle; appétit.

Le 8 mars, disparition complète de l'érysipèle; le 9, le malade sort de l'hôpital.

Observation VIII. — *Érysipèle traumatique.*

Estouin (François), gardien dans l'Arsenal, déjà avancé en âge, entre à l'hôpital le 26 février 1833. En voulant sauter un fossé rempli de chaux en ébullition, son pied a glissé, il est à demi tombé dans ce fossé, et les avant-bras ainsi que les membres abdominaux ont été brûlés. Des onctions avec la pommade de Delpech sont faites sur toutes les parties atteintes. Après quelques jours de ce traitement, une rougeur érysipélateuse se manifeste sur tous ces points, et la réaction est si forte que la fièvre s'allume et nécessite les saignées générales. On applique du coton d'abord sur la jambe droite, quelques jours après sur le membre abdominal gauche, enfin en dernier lieu sur les avant-bras. Dans ces expériences, on a toujours vu la douleur se calmer après quelques heures, le gonflement, la rougeur diminuer et disparaître en peu de temps sur les parties recouvertes de coton, tandis que ces symptômes persistaient sur celles que l'on pansait d'après la méthode ordinaire.

Dans cette observation on a pu suivre pas à pas l'action du coton; elle est concluante en ce que les points recouverts ont guéri beaucoup plus tôt que les autres, et que les souffrances du malade cessaient aussitôt après l'application du coton, tandis qu'elles continuaient sous l'influence des autres topiques. (Pommade de Delpech et cataplasmes émolliens laudanisés.)

Observation IX. — *Éruption miliaire compliquée d'érysipèle.*

M. G***, capitaine de frégate, voit chaque hiver se développer sur les membres abdominaux une éruption miliaire, quelquefois accompagnée d'érysipèle, qui se termine par de larges plaques furfuracées, dont la chute fort lente le retient d'ordinaire un mois dans sa maison. Les anti-dartreux, les bains, les eaux sulfureuses, ont été vainement employés. Vers la fin de décembre 1834, après quelques jours de fatigue, l'affection cutanée reparaît; une rougeur érysipélateuse accompagnée des autres symptômes inflammatoires, envahit en même temps les deux jambes; il y a de la fièvre, de l'insomnie, des horripilations; les fonctions digestives sont dans l'état normal. Les deux membres sont enveloppés de coton, une tisane de saponaire est ordonnée. Après quelques jours, le gonflement érysipélateux disparut ainsi que les autres symptômes, et il ne resta plus d'autres traces de la maladie que quelques croûtes qui remplacèrent les boutons qui avaient précédé l'apparition de l'érysipèle. Ce qui est important à noter, c'est que peu d'heures après la première application du coton, la douleur ayant cessé, M. G*** put vaquer à ses affaires. Quelque temps après, une nouvelle éruption apparut aux cuisses, et fut combattue avec le même succès par le même moyen. Pendant tout le traitement, il ne fut administré d'autre médicament qu'une tisane de saponaire et deux onces d'huile de ricin.

Observation X. — *Érysipèle phlegmoneux.*

Le nommé Canal (François), matelot de troisième classe, entre à l'hôpital le 10 février 1834, offrant les symptômes suivans :

Rougeur très vive et teinte brillante de la jambe gauche, moins prononcée sur le dos du pied, et s'étendant à la cuisse le long du trajet des vaisseaux cruraux, disparaissant momentanément sous l'impression du doigt : sentiment de brûlure, douleur intense qui arrache des cris au malade au moindre attouchement; gonflement peu considérable, mais dur et étendu; le pouls est fréquent et dur, la chaleur vive, la langue sèche, la soif intense; selles réglées, système digestif intact.

D'après le rapport du chirurgien major du vaisseau *Le Marengo*, d'où provient le malade, cet érysipèle aurait été déterminé par l'application d'un escarrotique sur une ancienne cicatrice; l'inspection de la partie n'y laisse voir aucune trace d'irritation. A la visite du soir, une saignée du bras est pratiquée, et cinquante sangsues sont disséminées sur le membre : li-

monade tartarisée, cataplasme après la chute des sangsues.

Le lendemain, peu d'amendement dans les symptômes. On réitère la saignée et le membre est enveloppé de coton, maintenu par quelques tours de bande contensifs.

Dès ce moment, le mieux s'est déclaré. L'état satisfaisant de la cuisse et de la jambe a permis de supprimer le coton le 15 février. Le pied encore douloureux et enflammé n'en a été débarrassé que le 19. Depuis la première application du coton jusqu'à sa suppression, on ne l'a renouvelé qu'une seule fois.

L'état général n'a réclamé d'autre médication particulière, si ce n'est une potion avec ℥ij d'huile de ricin prescrite le 14, pour solliciter quelques selles. Une tisane d'orge réglissée a été la boisson ordinaire.

Observation XI. — *Erysipèle phlegmoneux.*

Hutte (Louis), âgé de trente-cinq ans, matelot, entra, le 13 octobre 1833, à l'hôpital de la marine, atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, survenu depuis sept jours, occupant tout le membre, mais marqué surtout aux parties postérieure et inférieure. Les phénomènes inflammatoires étaient moins intenses que dans l'observation précédente; aussi le malade ne fut soumis qu'au repos, à la diète, et à la limonade végétale. Le membre fut enveloppé de coton. Le 15, le gonflement presque dissipé à la jambe envahit le genou et la cuisse qui sont à leur tour recouverts de coton. Le 17, tous les symptômes de l'érysipèle avaient disparu et le malade sortit guéri le 24. Aucune médication n'avait été faite antérieurement à son entrée à l'hôpital.

Observation XII. — *Erysipèle phlegmoneux.*

Gerbet (Pierre), matelot de deuxième classe, âgé de trente ans, tempérament bilioso-sanguin, constitution faible, entre le 13 mai 1835. Il est atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, survenu à la suite d'un coup reçu, il y a six jours. La rougeur est très vive, le gonflement s'étend à toute la jambe et un peu vers la cuisse. La douleur profonde et intense se fait sentir jusqu'à l'aîne. Une ligne inflammatoire occupe le trajet des vaisseaux cruraux. Pouls dur et fréquent. Aucun symptôme fâcheux des voies digestives, seulement un peu de turgescence sur les gencives. Le membre abdominal est entièrement entouré de coton. Le repos, la diète, la limonade furent prescrits. Le malade sortit le 19 guéri, après six jours d'hôpital, n'ayant éprouvé, depuis l'application du coton, ni douleur locale, ni prurit, ni les phénomènes inflammatoires généraux qui s'annonçaient dès le début, et sans avoir été soumis à aucune autre médication.

Observation XIII. — *Erysipèle gangreneux.*

Beauhaire (Charles), âgé de soixante-dix ans, ouvrier cordier, constitution forte, entre à l'hôpital le 30 avril 1835. Cet homme est atteint d'un érysipèle gangreneux, étendu depuis l'articulation tibio-tarsienne du côté droit jusqu'à celle du genou, survenu depuis cinq jours, après une chute que fit le malade, et de laquell résulta une petite plaie contuse à la jambe. D le lendemain, la progression devint douloureuse et la rougeur érysipélateuse ne tarda pas à se montrer. A son entrée à l'hôpital, elle occupait toute la jambe; d'un rouge livide et brillant à ses faces antérieure et interne, plus pâle à son côté postérieur, elle coïncidait avec un empâtement remarquable qui attestait la participation du tissu cellulaire profond; la douleur était peu intense; quelques phlyctènes larges et noirâtres se montraient çà et là; quelques points d'un rouge foncé paraissaient déjà frappés de mortification; une petite escarre à demi détachée, occupant le lieu de la contusion, laissait échapper une quantité notable de pus sanieux; la mobilité de la peau environnante décelait un décollement étendu déjà à plusieurs pouces.

Les symptômes généraux que cet érysipèle fit naître furent assez graves, tant à cause de l'intensité de la maladie, que de l'âge avancé de cet homme. Des bouillons, une tisane adoucissante, quelques purgatifs légers dès le début; la thériaque le soir à la dose d'un demi-gros, le camphre à celle de quatre grains, furent administrés. Des incisions profondes, faites dans plusieurs points, donnèrent issue à des portions de tissu cellulaire gangrené. La suppuration fut très abondante, bien que les pansemens fréquemment renouvelés ne permissent pas le séjour du pus dans ses divers foyers; mais enfin elle tarit peu à peu, les incisions se couvrirent de bourgeons charnus, et une portion de tibia nécrosée à l'endroit de la contusion retarda seule la guérison, qui aurait été assez prompte sans ces accidens; mais ce qui nous intéresse le plus dans cette observation, et dont j'ai omis à dessein de faire mention, c'est que quatre jours après l'entrée de Beauhaire à l'hôpital, la rougeur érysipélateuse se prolongea vers la cuisse jusqu'à l'aîne; toute cette partie du membre devint très rouge, dure, tuméfiée, douloureuse; des élancemens s'y faisaient sentir, et tout annonçait que du pus ne tarderait pas à s'y former. Du coton cardé fut aussitôt appliqué, et quelques jours après tous ces accidens avaient disparu; il resta seulement un peu d'empâtement qui ne tarda pas à se dissiper sous l'influence du même moyen.

Un effet pareil a également été obtenu dans l'observation suivante.

Observation XIV. — *Érysipèle phlegmoneux.*

Mouvre (Joseph), matelot à bord du vaisseau *Le Suffren*, âgé de 23 ans, tempérament bilioso-sanguin, est envoyé à l'hôpital le 15 mai 1835, atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, survenu depuis cinq jours à la suite d'une contusion. Le gonflement et la rougeur sont considérables, la douleur est des plus vives; un commencement de fluctuation se fait sentir vers le milieu de la jambe: 30 sangsues entourèrent le cercle inflammatoire, un large cataplasme favorisa l'écoulement du sang. Le lendemain (16) il n'y avait pas d'amendement dans les symptômes de la veille. L'érysipèle s'étendait à toute la cuisse. Des incisions profondes pratiquées sur divers points de la jambe donnèrent issue à du sang sanieux et à des flocons de pus mal élaboré.

La cuisse fut recouverte de coton. La suppuration s'établit à la jambe, elle fut très abondante ; des contre-ouvertures facilitèrent la sortie du pus ; des portions de tissus gangrenés furent expulsées. Je ne suivrai pas plus loin la marche de l'érysipèle à la jambe, qui parcourut les phases ordinaires des plaies qui suppurent, pour constater que tous les phénomènes inflammatoires furent arrêtés à la cuisse dès l'application du coton, et que le 20, c'est-à-dire quatre jours après leur apparition, ils avaient complétement disparu. Le traitement général consista dans l'administration d'un léger purgatif pour provoquer quelques selles, des boissons délayantes, et un peu de sirop diacode le soir.

—

Il est facile de se convaincre par ces observations, que nous aurions pu multiplier, que le coton agit efficacement comme moyen topique dans le traitement de l'érysipèle, et qu'il mérite la préférence sur les autres agens médicinaux qui ont été recommandés dans cette inflammation, par la sûreté de ses effets, la facilité de son application et la promptitude de son action. Employé seul dans les cas simples, il exige dans les cas un peu graves qu'on aide son action par des moyens généraux, qui seuls peuvent alors enrayer la marche de la maladie ; mais un effet qu'il possède seul, et qui surtout le recommande aux praticiens, c'est de faire cesser instantanément la douleur, et de diminuer par là les tourmens du malade.

CABISSOL,

Chirurgien de première classe de la marine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LIGATURE ET EXCISION DES POLYPES UTÉRINS PAR UN PROCÉDÉ PARTICULIER.

Si l'excision des polypes utérins par l'instrument tranchant était toujours possible, elle serait sans doute préférable à tous les autres procédés. En cela nous sommes d'accord avec bien des auteurs sur une méthode recommandée par les leçons et la pratique de M. Dupuytren.

Il est au contraire démontré que, dans bien des cas, la ligature est le seul moyen praticable, quoiqu'elle offre souvent des difficultés pour l'opérateur, des inconvéniens graves et même des dangers pour les malades, quand des symptômes ataxiques et adynamiques, résultats de la décomposition putride d'une tumeur volumineuse frappée de mort au milieu de parties vivantes, surviennent après la ligature d'un polype.

Par quel moyen remédiera-t-on à ces accidens?

Depuis long-temps mon père avait trouvé la solution de ce problème ; dans plusieurs cas de polypes utérins qu'il a rencontrés dans le cours de sa longue pratique, si la tumeur, étranglée par la ligature, tardait à se séparer de l'utérus, et déterminait des symptômes de résorption putride, il faisait la section du pédicule du polype de la manière que je vais décrire dans l'observation suivante :

Au mois d'octobre 1834, nous fûmes appelés à donner des soins à la femme D. de Nouzon (départ. des Ardennes). Depuis plus d'un an elle était sujette à des pertes métrorrhagiques fréquentes et excessives, auxquelles succédait un écoulement leucorrhéique considérable. Jusqu'alors la cause du mal avait été méconnue, et la malade s'affaiblissait de plus en plus.

La couleur jaune de la peau, la fréquence et la faiblesse du pouls, les lipothymies, faisaient craindre une issue fâcheuse et prochaine.

La présence d'un très gros polype fut constatée ; il était encore renfermé dans la matrice, dont le col était dilaté d'environ deux pouces et demi. La ligature en fut résolue.

Deux porte-nœuds, consistant en deux tiges de fer de neuf pouces de longueur et d'une ligne de diamètre, et présentant à une de leurs extrémités une ouverture donnant passage au fil destiné à la ligature : un serre-nœud, présentant aussi à son extrémité une ouverture, mais assez large pour laisser passer les deux porte-nœuds, et une plus étroite aux deux tiers de sa longueur, recevant une cheville destinée à tendre la ligature et à étreindre plus fortement le polype, tels furent les instrumens employés par nous. La ligature était faite de trois fils de soie tordus.

Après quelques tentatives, ca la situation profonde du polype qui naissait de la paroi droite et supérieure de la cavité de l'utérus rendait l'opération laborieuse, la ligature fut effectuée, et les chefs du fil de soie passés dans une ouverture de la petite cheville au serre-nœud.

Nous revîmes la malade deux jours après ; elle avait eu de la fièvre, mais le ventre était souple, non douloureux ; il existait un écoulement blanc déjà fétide (diète, boissons délayantes, etc.). La sage-femme du village fut chargée d'opérer la constriction tous les jours.

Le cinquième jour, la fétidité de l'écoulement était insupportable à la malade et à ceux qui l'approchaient ; le pouls était petit, fréquent, le teint livide ; enfin, tout le cortége des accidens adynamiques prescrivait impérieusement de débarrasser à l'instant même la malade de cette tumeur. Nous en vînmes à bout de la manière suivante :

Trois fils de soie formés chacun de trois autres fils tordus sur eux-mêmes furent tressés en un seul cordonnet d'environ deux pieds de longueur. On conçoit que de cette manière il devait, par les inégalités qu'il présentait, opérer plus efficacement la section du pédicule du polype, et que sa solidité ne laissait rien à désirer.

Nous attachâmes un bout de ce cordonnet à l'un des chefs du fil qui étreignait la tumeur, et en tirant sur l'autre chef nous substituâmes le cordonnet à ce fil, puis, en exécutant un mouvement de scie, le serre-nœud étant exactement maintenu en place, la section du pédicule fut faite immédiatement.

Cette difficulté vaincue, il en restait une autre à surmonter ; le volume du polype était

tel qu'il ne pouvait sortir du vagin ; ce ne fut qu'après avoir implanté trois fortes airignes dans sa substance, et avec les plus grands efforts, que nous parvînmes à l'extraire.

Il était de nature fibreuse, et pesait environ une livre ; le pédicule avait un pouce de diamètre. Dès ce moment tous les accidens disparurent. Des injections avec la décoction de quinquina et l'eau chlorurée, une médication tonique, en même temps qu'un régime convenable, ne tardèrent pas à rétablir la malade, qui dès lors entra en convalescence.

Jules Amstein,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'hôpital civil et militaire de Mézières.

RÉTENTION D'URINE. — PONCTION DE LA VESSIE. — GUÉRISON.

Je pense que dans les cas de rétention des urines par suite de phlogose du réservoir urinaire ou d'une portion de ses conduits excréteurs, on a exagéré les conséquences fâcheuses de la ponction de la vessie : on aurait pu recourir à ce moyen extrême dans une multitude de circonstances où ces affections se sont terminées d'une manière funeste, par la gangrène causée par le séjour trop long d'urines âcres dans la vessie, n'ayant pu surmonter les obstacles du canal de l'urètre, par le cathétérisme, avant les heureuses recherches de M. le docteur Mayor de Lausanne sur ces affections et sur les moyens de vaincre les difficultés.

Le 18 janvier dernier, je fus appelé par un bûcheron, âgé de 70 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament nerveux, qui, depuis plusieurs jours, souffrait d'une rétention des urines causée, d'après les renseignemens que j'obtins, par une suppression de transpiration et un excès de boissons alcooliques : il est à remarquer que depuis deux ans le sujet de l'observation avait éprouvé, à différentes époques, quelque dérangement du côté des voies urinaires.

L'examen du malade m'offrit les symptômes suivans : figure d'une teinte terne, portant l'empreinte de douleurs profondes, pouls petit, serré, chaleur âcre de la peau ; soif vive, nausées, tension considérable et sensibilité de la région hypogastrique ; la vessie forme une tumeur saillante au dessus des pubis ; il y a ischurie, depuis quinze heures environ. Dans cette circonstance, l'indication était de chercher à rétablir l'excrétion supprimée ; mais comme il s'était déjà écoulé un certain laps de temps depuis l'accident, et d'après l'état de souffrance du malade, la violence de l'inflammation des organes urinaires, je mis en usage les antiphlogistiques sous toutes les formes ; bains entiers tièdes, prolongés autant que possible, boissons douces, abondantes ; lavemens et fomentations émollientes : tous ces moyens, continués jusqu'au lendemain matin, n'amenèrent pas d'amendement notable.

Le 19, je tentai le cathétérisme avec une sonde en argent, d'un certain calibre, que je choisis à bec conique, afin que l'instrument pût se frayer, à travers les callosités de l'urètre, une route plus facile ; ignorant alors les heureux résultats obtenus dans des cas analogues par M. Mayor, au moyen de ses sondes volumineuses à bec arrondi.

Je rencontrai des obstacles dans les portions prostatique et membraneuse de l'urètre : après plusieurs tentatives infructueuses, la sonde pénétra enfin dans la vessie, et y fut fixée à la manière accoutumée ; il sortit environ un verre d'urine. Le soulagement fut peu marqué ; les douleurs ayant reparu dans la nuit suivante avec une nouvelle acuité, le malade se fit placer dans un bain (la sonde avait été forcée et dérangée par suite des divers mouvemens que le malade fit dans son lit pendant la nuit) ; on fut forcé de la retirer ; ce bain donna lieu à l'excrétion de quelques gouttes d'urine.

Le 20, ces accidens ne redoublèrent pas avec moins d'intensité ; l'ischurie reparut, la dilatation de la vessie fut portée à son dernier terme ; dans la soirée, le pouls est petit, irrégulier ; soif ardente, vomissemens de matières verdâtres, sécheresse de la langue et de la gorge ; une sueur visqueuse recouvre la peau qui conserve une chaleur âcre ; ensemble de symptômes qui me donnent les présages d'une terminaison funeste et très prochaine.

De nouvelles tentatives de cathétérisme n'ayant fait que prolonger l'anxiété du malade, je me décidai, du moins pour alléger cet état pénible, n'espérant que retarder de quelques heures une fin malheureuse, à pratiquer de suite la ponction de la vessie au dessus du pubis, d'après le mode adopté par la plupart des chirurgiens.

Il s'écoula par la plaie deux pintes environ d'une urine forte, trouble et de couleur brune, dont l'évacuation fut suivie d'un soulagement marqué ; mais survinrent des nausées, des vomissemens et une syncope prolongée qui fit craindre pour les jours de cet homme.

Cependant, après plus d'une heure de soins, par les frictions, par l'usage répété d'une potion antispasmodique associée à l'acétate de morphine, des fomentations opiacées, le calme et l'assurance revinrent.

La canule du trois-quarts fut maintenue dans la plaie et débouchée de temps à autre, afin de donner issue à l'écoulement des urines.

La décoction de semences de lin et de chiendent pour boisson, les lavemens et fomentations narcotiques, les bains de siége de même nature, firent cesser tous les accidens ; le quatrième jour de l'opération, les urines reprirent leur cours naturel, la canule fut retirée, la plaie recouverte de diachylum. Je revis plusieurs fois le malade, et un mois plus tard le rétablissement fut complet, puisque ce bûcheron put reprendre les travaux de son état.

Gimé, D. M. P.

Orthopédie.

Malgré les améliorations incontestables dont elle est redevable à des hommes spéciaux et

distingués, l'orthopédie ne me paraît cependant pas avoir suivi la marche progressive des autres parties de la médecine. Les causes du retard de cette branche importante de l'art de guérir viennent de la direction vicieuse qu'elle a reçue dès son origine, et de l'oubli ou plutôt de l'ignorance des connaissances physiologiques et anatomiques, qui seules auraient pu guider avantageusement les auteurs de cette méthode. On voyait une courbure, et on cherchait à la redresser à l'aide de tractions; on voyait une saillie, que l'on supposait devoir disparaître sous les efforts de pressions dirigées méthodiquement, et l'effet de la force que l'on mettait en jeu se réduisait toujours, comme le dit M. Bouvier, à pousser et à tirer. De là, les lits mécaniques, les corsets, les béquilles, etc.

Le peu de succès obtenu à l'aide de tant de moyens extraordinaires, souvent nuisibles, et qui doivent pour la plupart inspirer la plus vive répugnance aux victimes auxquelles on les destine, ont dû diriger l'attention des praticiens sur cette branche importante de la médecine. Nous devons dire cependant que M. Hossard avec ses ceintures, et M. Jules Guérin, en fléchissant comme le premier, l'épine en sens inverse de ses courbures, nous paraissent sur la voie.

En quoi consistent, en effet, les déviations de la colonne vertébrale? Dans la forme vicieuse et cunéiforme des fibro-cartilages intervertébraux, et plus tard dans la même conformation des vertèbres elles-mêmes. Ces fibro-cartilages et ces vertèbres forment autant de plans inclinés, qui, superposés de manière que les parties amincies se correspondent, donnent nécessairement lieu à une courbure dont la concavité se rapproche du centre de gravité, et supporte par conséquent sur cette portion déjà amincie la plus grande partie du poids du corps, cause permanente d'augmentation de la courbure existante. Les moyens extensifs peuvent combattre cette tendance à l'augmentation pendant leur emploi, mais leur effet doit être absolument nul contre la déformation des vertèbres et même des cartilages.

Cette méthode nous ayant paru peu rationnelle, nous avons dû réfléchir aux moyens que l'on pourrait employer contre une difformité trop commune, et qui, portée à un certain degré, déplace des organes importans, gêne des fonctions essentielles, et réagit d'une manière défavorable sur toute l'économie. Nous avons donc cru qu'en suivant une méthode opposée, on obtiendrait les résulats les plus satisfaisans; et nous n'avons jamais douté que si l'on pouvait parvenir à déterminer, dans le sens vertical, une pression forte et soutenue sur la partie convexe de la colonne vertébrale, on ne parvînt à diminuer et à faire disparaître ses courbures.

Le raisonnement et l'observation nous ont conduit à la découverte d'un moyen bien simple. En effet, dans un cas de déviation, supposé (ce qui ne me paraît pas prouvé, les déviations des régions cervicale et lombaire ayant une autre cause) qu'elle soit due à une disproportion de force dans les muscles dorsaux, de quel côté se trouve l'excès, et de quel côté se trouve le défaut de forces? Notre réponse paraîtra peut-être paradoxale, nous la croyons du moins contraire à toutes les idées reçues jusqu'à ce jour; mais quelques instans de réflexion suffiront pour nous justifier. Nous disons donc que, dans cette hypothèse, le côté dont les muscles seraient le plus faibles, est le côté de la convexité de la colonne, puisque ces muscles ont cédé et se sont alongés; et que les muscles qui s'insèrent dans la concavité de la courbure sont les plus forts, puisqu'ils ont entraîné la colonne de leur côté. Aussi en faisant contracter les muscles qui s'attachent aux apophyses transverses du côté convexe, produit-on un redressement en rapport avec l'énergie de la contraction.

Tous les exercices ne sont pas également propres à déterminer cette contraction. Une manivelle que l'on fait mouvoir dans le sens vertical, et dont on rend le mouvement plus ou moins facile, suivant la force du sujet, est le seul qui nous ait paru agir dans le sens désiré. En faisant cet exercice avec le bras, du côté de la convexité, l'on voit immédiatement la colonne se redresser proportionnellement à l'effort fait par le malade, et sous l'influence de la contraction des muscles dorsaux du même côté; cet exercice prolongé et répété aussi souvent que possible agit, comme nous le disions, sur la partie la plus développée des fibro-cartilages et des vertèbres qui peuvent elles-mêmes, à la longue, être modifiées avantageusement. L'on peut donc, à l'aide de ce moyen et de quelques conseils pour la tenue habituelle des malades, réformer la plupart de ceux que l'on a inventés jusqu'à ce jour pour les déviations latérales.

Tels sont les principes qui nous ont guidé dans les recherches que nous avons faites depuis deux ans, et qui nous ont conduit aux résultats les plus satisfaisans.

BOUSSON, D. M. P.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ COMPLET DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, ou *Tocologie théorique et pratique, avec un abrégé des maladies qui compliquent la grossesse, le travail et les couches, et de celles qui affectent les enfans nouveau-nés; par* M. A. Velpeau, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc.*; 2e édit., 2 vol. in-8° avec 16 planches.

La science des accouchemens, que l'on doit définir *l'ensemble des connaissances humaines relatives à la reproduction de l'espèce*, prend ainsi pour base philosophique les hautes études

dignes de tout médecin instruit, et repousse ce vulgaire préjugé qui ne voit dans les accouchemens qu'un art abandonné à quelques personnes seulement.

La science des accouchemens embrasse un des plus vastes domaines de la médecine; elle s'occupe toujours de deux êtres à la fois. Fondée sur des études anatomiques et mécaniques, elle s'affranchit souvent des hypothèses qui bercent la théorie aussi bien que la pratique d'autres branches médicales. Cependant il s'est trouvé un certain nombre de philosophes écrivains, qui ont avancé que l'art des accouchemens était inutile; ils ont invoqué les coutumes des sauvages et les pages crédules d'historiens incompétens.

Roussel, le Werther de la médecine, a dit que les Groënlandaises, les Abyssiniennes, ne prenaient aucune précaution pour accoucher; d'après l'abbé Prévost, les femmes des Ostiacks n'interrompent nullement leurs travaux ou leurs voyages pour accoucher. Diodore de Sicile dit qu'en Corse, c'est le mari qui garde le lit, pendant que la nouvelle mère vaque aux soins du ménage. Malthus prête aux populations de la Sibérie une extravagante coutume: pendant les douleurs de la parturition, on comprime fortement le ventre de la femme; à un signal convenu, des hommes postés autour de la maison font une brusque décharge d'armes à feu. On ne peut citer de semblables assertions que pour prouver les inventions bizarres de l'esprit humain.

Souvent, à la vérité, par des accidens consécutifs seulement, nous venons à découvrir des accouchemens clandestins, que de malheureuses filles ont pu cacher à tout le monde, sans interrompre leurs occupations ordinaires; mais ces femmes qui ont été privées des bienfaits de la science, sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus exposées aux accidens de toute nature pendant et après l'accouchement.

On peut encore réfuter ici les argumens tirés du part des animaux, alors moins exposés, a dit Roussel, que l'espèce humaine entourée de tous les secours d'une civilisation avancée; mais la parturition chez les animaux est moins dangereuse, parce que leur bassin est horizontal et que le fœtus se présente ordinairement par le museau alongé et non par le vertex. Il ne faudrait pas croire non plus que les animaux mettent toujours bas leurs petits sans dangers; la version, les crochets, l'opération césarienne, sont quelquefois nécessaires; on rencontre, en outre, fréquemment chez les vaches, la rétention du délivre, le renversement de la matrice, etc.

M. Velpeau discutant la question de savoir à quel sexe doit être dévolu la pratique des accouchemens, conclut à ce que le progrès naturel des sociétés humaines fasse disparaître les fonctions de sage-femme du rang des professions scientifiques, pour les réduire à celui de garde-malades instruites et prudentes. Aux motifs allégués par les fauteurs de l'opinion contraire, il répond aussi victorieusement qu'il le fait à ce prêtre, neveu des dames de la Marche, qui soutenait que dans le principe un homme n'approchait jamais une femme en douleurs. Cependant, dit M. Velpeau, la première femme fut nécessairement aidée par un homme: Eve ne put recevoir d'autres secours que ceux d'Adam.

Dans une notice historique très détaillée, l'auteur passe en revue les accoucheurs célèbres de toutes les époques, depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nous; il n'omet aucun pays, même ceux dont nous ignorons trop souvent les travaux, entre autres la clinique de Moscou, publiée en 1810 par Richter. Il conclut en déplorant le retard si long-temps mis en France pour la création d'une chaire de clinique d'accouchement, tandis que l'Amérique, l'Irlande, l'Écosse, l'Angleterre, l'Allemagne, la Russie, l'Italie, etc., en possédaient déjà un grand nombre. Aujourd'hui seulement, un professeur capable remplit cette lacune, comblée par l'activité de l'habile doyen de la Faculté de Paris. Mais ce n'est pas à une seule chaire que devrait se borner l'enseignement pratique des accouchemens; l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu, devraient en être pourvus: près de six cents femmes accouchent chaque année dans ce dernier hôpital.

Dans un résumé synoptique, M. Velpeau rappelle la division des accouchemens admise par Mauriceau, Baudelocque, Flamant, MM. Dubois, Désormeaux, mesdames Boivin, Lachapelle; enfin, celle qu'il établit lui-même, partage les accouchemens en eutocie et dystocie, accouchemens qui se terminent spontanément, accouchemens qui exigent des secours. Les premiers ont lieu par le crâne, la face, le pelvis; les seconds se compliquent d'hémorrhagies, de convulsions, d'anévrisme, de hernies, de procidence du cordon, de maladie de la femme, d'angustie pelvienne, de position vicieuse, d'épuisement.

Plusieurs tableaux sont nécessaires pour énumérer les différentes positions du fœtus, si nombreuses suivant les auteurs qui ont épuisé toutes les suppositions de présentation, bien plus qu'ils ne les ont constatées réellement. Pour moi, je suis convaincu qu'on ne peut en bien préciser qu'un très petit nombre. De toutes les présentations du fœtus admises par Baudelocque, je le demande aux praticiens, combien y en a-t-il de purement spéculatives? et combien y a-t-il encore de ces accouchemens considérés comme faisant partie de ceux avec dystocie, et qui se terminent par les seules forces de la nature? Cette observation est surtout frappante et répétée pour tous les médecins internes attachés aux hôpitaux où se font beaucoup d'accouchemens; là, l'expectation est facile; rien ne les presse d'agir, toute responsabilité est suffisamment garantie; j'en appelle au souvenir de mes anciens collègues; rien n'est plus rare qu'une opération quelconque pratiquée pendant le travail de l'enfantement. A l'Hôtel-Dieu de Paris, depuis le 1er janvier 1835, jusqu'au 1er décembre de la même année, quatre cent soixante et seize accouchemens ont eu lieu, l'application du forceps n'a été jugée indispensable qu'une seule fois.

La statistique des accouchemens, extraite de divers comptes-rendus les plus récens, fournit les relevés suivans: Hospice de la Maternité de Paris du 1er janvier 1829 au 1er juin 1833,

dix mille sept cent quarante-deux accouchemens ont eu lieu, dont dix mille deux cent soixante-deux par la tête, trois cent quatre-vingt-onze par le pelvis, cinquante-neuf par le tronc, trente par la face. Sur les dix mille deux cent soixante-deux, neuf mille huit cent soixante-sept à terme, dont trente morts avant la naissance. Cent quatre-vingt-onze ont succombé. Sur les trois cent quatre-vingt-quinze avant terme, trente-quatre n'avaient pas sept mois, quatre-vingt-trois étaient putréfiés, deux cent soixante et dix-huit pouvaient vivre, dont quarante-huit sont morts. Sur les trois cent quatre-vingt-onze par le pelvis, deux cent trente-huit à terme, sept morts avant, deux cent trente-un vivans, vingt-un morts après. Sur les cent cinquante-trois avant terme, trente non viables, soixante viables.

A la clinique d'accouchement de la ville de Prague, de 1825 à 1827, deux mille trois cent cinquante accouchemens ont eu lieu, cent vingt fois l'application du forceps, soixante-trois versions, quatre céphalatomies, cent vingt-deux fois la face, cent vingt-cinq les fesses, huit fois les pieds; cinquante-une positions en transvers. A l'hôpital di Santa Maria Nuova (autore Mazzoni), du 11 août 1829 au 31 décembre 1832, quatre cent cinquante-deux accouchemens, neuf jumeaux, quatre cent quarante-quatre enfans vivans: présentation, de la tête, quatre cent trente-neuf; du pelvis, cinq fois; procidence du cordon, dix-huit à vingt fois.

A la clinique de Strasbourg, de 1824 à 1829, cent trente-deux accouchemens, dont soixante-quatorze garçons, cinquante-huit filles. Cent vingt-cinq par la tête, six par le pelvis, un par l'épaule; treize morts-nés, dont sept avant terme et trois avortemens; quatre femmes mortes, trois applications du forceps, une du levier, une opération césarienne abdominale.

Pour me conformer aux idées médicales actuellement dominantes, j'ai dû mentionner un certain nombre de tableaux statistiques. Ce criterium médical, comme on l'appelle; cette médecine de chiffres, suivant moi cache de très graves erreurs, quand son application devient trop générale; ce sont en effet des unités dissemblables qui n'ont rien d'identique et dont on veut déduire des totaux exacts. Les récentes discussions de l'Académie de médecine viendraient encore fournir la preuve de ce que j'avance. Sans plus de retard, je passe donc à la partie pratique du traité d'accouchement de M. Velpeau, qui commence avec raison par nous donner une excellente et très exacte description anatomique du bassin et de toutes ses dépendances; il le décrit dans l'état sain et aux différens âges; il fait remarquer son extrême analogie chez les deux sexes, dans les premières années de la vie, et pense que ce n'est qu'à quinze ou dix-huit ans que l'évolution et la réunion des différens points osseux du bassin sont entièrement effectuées, en sorte qu'avant cet âge, il n'est pas très prudent d'exposer une femme à devenir enceinte. Cependant, avant cette époque, l'évasement des crêtes iliaques est déjà assez marqué, ce qui donne aux hanches de la femme plus de grâce et de largeur, et contribue chez elle à rendre les hernies inguinales très rares après sept ans, tandis que dès lors, les hernies crurales lui sont presque exclusives. Après avoir décrit l'état régulier du bassin, il est tout aussi important d'étudier les vices du bassin qui sont dus à ce qu'il s'éloigne assez de ses dimensions ou de sa forme naturelle pour rendre la parturition dangereuse, difficile ou impossible; à l'accoucheur consulté, il fallait que par son avis il pût assurer le repos des familles. M. Velpeau donne à cet égard tous les sages préceptes que fournit la science: rien n'est plus fréquent chez les jeunes filles que les difformités de la colonne vertébrale qui entraînent presque toujours la déformation du bassin et met la vie en danger au moment de l'accouchement. Appelés près d'une jeune femme pour reconnaître l'état de son bassin, les commémoratifs apprendront s'il y a eu rachitisme dans son enfance et quelles sont les traces qu'il a pu laisser, soit par des courbures contre nature, par des genoux trop volumineux et déjetés fortement en dedans, soit encore par une mâchoire inférieure trop proéminente, par des dents grisâtres avec stries transversales, etc. En admettant la théorie des homologues qui fait que la tête et le bassin sont soumis aux mêmes lois d'évolutions, on trouverait que la bonne ou mauvaise conformation de la tête coïnciderait toujours avec un pareil état dans le bassin. Chez l'homme, le diamètre vertical et antéro-postérieur ont beaucoup plus d'étendue que le diamètre transversal, tandis que le contraire a lieu pour la tête et le bassin chez la femme.

Des hanches de niveau, bien arrondies, plus larges que la base du thorax, des grands trochanters convenablement écartés, un sacrum et des pubis ni trop enfoncés ni trop saillans, une allure libre, dégagée, indiquent en général une heureuse et régulière conformation.

Comme il était essentiel d'arriver à des résultats mathématiques dans une question qui touche de si près au bonheur de plusieurs à la fois, on a inventé une foule d'instrumens, afin de mesurer exactement le bassin, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur; ces instrumens sont connus sous les noms de *pelvimètres* ou de mécomètres. Ce dernier appartient à Chaussier. Puzos défendait le mariage à toute personne rachitique, qui avait eu quelque déviation de la colonne vertébrale. Si c'était là exagérer, cette intimidation avait bien son avantage, en éloignant du mariage des êtres incapables d'une vigoureuse procréation; ce mystère d'une profondeur telle que nos tentatives multipliées, que nos recherches les plus habiles, n'ont pu en soulever le voile, quant au mécanisme de la fécondation en elle-même, dont on ne connaît encore, dépouillé d'hypothèse, que le fait suivant: Après toute fécondation, il se détache de l'ovaire un ovule tellement modifié, qu'on y découvre bientôt un être semblable à celui qui l'a produit; que l'évolution de l'ovule soit mise en mouvement par l'ébranlement qui accompagne le coït, par une commotion électrique, par un *aura seminalis*, par un animalcule, par un principe qui arrive directement au germe de la femelle, ou qu'il n'y parvienne qu'après avoir parcouru la circulation générale, toujours est-

il que l'observation n'apprend que ce que j'ai dit d'abord.

M. Velpeau décrivant ensuite la grossesse vraie, n'omet aucun des phénomènes qui lui appartiennent, ou qui s'y rattachent plus ou moins directement; le travail de l'utérus est surtout remarquable par les changemens de volume, de forme, de situation, de direction, de structure; en un mot, par le changement de toutes ses propriétés.

L'accroissement de l'utérus, ainsi que le pensait Désormeaux, se fait avec lenteur dans les premiers mois, rapidement au contraire dans les trois derniers; le col utérin ne s'efface tout-à-fait que dans le courant du neuvième mois; depuis le commencement de la grossesse jusqu'à la fin, il s'amincit, se déploie et s'évase par degrés; c'est à tort que madame Boivin prétend qu'au second mois le col a près de deux pouces de longueur. La matrice successivement cesse de présenter deux faces; elle devient tout-à-fait pyriforme. A la fin de la grossesse, le col n'est plus qu'un bourrelet formé par le museau de tanche, dont l'épaisseur varie suivant que la femme est ou non primipare. Chez celles qui ont eu plusieurs enfans, dès le cinquième mois, on peut souvent introduire le doigt au milieu du col. A trois mois le col occupe à peu près la même place qu'avant la fécondation; en s'élevant ensuite par degrés, il parvient quelquefois jusqu'à la hauteur de l'angle sacro-vertébral. Le corps de l'utérus s'approche de l'ombilic dans le cinquième mois; dans le neuvième mois, déprimé par le poids de l'œuf, il redescend de nouveau et semble s'agrandir transversalement. Le col de l'utérus se rapproche du pubis, et le corps du sacrum, en se déviant toujours d'un côté ou de l'autre, à droite, huit fois sur dix, ce qui a été expliqué par une foule de prétextes anatomiques et physiologiques, dont M. Velpeau rejette la plupart, pour admettre que l'utérus, ne pouvant se fixer au devant de la colonne vertébrale, s'incline à droite, par suite de l'habitude de se coucher dans ce sens et de se servir du membre thoracique droit plutôt que du gauche.

L'épaisseur des parois de la matrice, pendant la grossesse, a donné lieu, durant bien des siècles, aux opinions les plus opposées: les uns l'ont dit plus forte, d'autres moindres, d'autres identique. Cette divergence résultait de la difficulté des autopsies, de l'analogie que fournissaient d'autres réservoirs, les parois de la vessie, qui s'amincissent en raison de leur distension par le liquide; en outre, les femmes qui succombent pendant la grossesse, le doivent à des maladies qui peuvent avoir affecté la matrice elle-même. Dans l'hydromètre, dans l'excès de liquide amniotique, les parois utérines sont en effet amincies; au contraire, durant les huit jours qui suivent le part, époque de mortalité la plus grande pour les nouvelles accouchées, l'utérus revenu sur lui-même est réellement épaissi et peut mesurer jusqu'à quinze lignes dans le fond de l'organe. Aujourd'hui l'on admet que les parois de la matrice conservent à peu près la même épaisseur dans l'état de réplétion et dans l'état de vacuité. Cette épaisseur est d'ailleurs variable chez les différentes femmes et sur les différens points de l'organe; la région qui correspond à l'angle sacro-vertébral est ordinairement très mince.

Les métamorphoses que subissent les vaisseaux de l'utérus, amènent leur déploiement, leur élargissement, les amplifient. La membrane muqueuse que l'on démontre si difficilement dans l'état de vacuité, se laisse détacher par lambeaux distincts. Toutes les parties voisines ou annexes de l'utérus éprouvent des changemens comme conséquence. Ces modifications matérielles agissent à leur tour sur tout le reste de l'économie, et produisent ces phénomènes sympathiques appelés signes *généraux*, *communs*, *rationnels*, *vagues*, *incertains*, *douteux* de la gestation. Les yeux perdent leur vivacité, les paupières se cernent, le nez s'effile, les commissures de la bouche s'écartent, la figure pâlit, quelques taches s'y montrent. Le cou s'arrondit, est plus moelleux; les seins se gonflent, sont plus sensibles, plus fermes; le mamelon proémine, son auréole brunit, les menstrues sont supprimées, etc. Tous ces signes, et une foule d'autres isolés ou réunis, sont tout-à-fait secondaires, accessoires; pour décider s'il y a ou non grossesse, il faut avoir recours aux signes sensibles ou physiques, qui s'obtiennent à l'aide du toucher, de l'exploration abdominale, de l'auscultation, et se déduisent des changemens matériels arrivés à l'utérus.

Le toucher, suivant la définition exacte de notre auteur, est l'exploration des organes génitaux et du bassin de la femme, à l'aide des doigts ou de la main, portés à la vulve, dans le vagin, dans l'anus ou sur l'abdomen. Le toucher est le moyen d'exploration le plus certain que l'on possède. Il vaut mieux ne toucher qu'avec un seul doigt, la sensation est plus nette.

Le toucher par le rectum, dit M. Velpeau, est beaucoup trop négligé; ce toucher laisse la plus grande liberté pour reconnaître la mobilité ou la fixité, le degré d'inclinaison, de sensibilité, de volume de l'utérus; pendant le premier tiers de la grossesse jusqu'à deux ou trois mois, le toucher par le rectum ou par le vagin ne fournit que des signes rationnels et n'ajoute que des probabilités à un diagnostic incertain. Le ballottement et les mouvemens spontanés du fœtus seuls servent à lever le doute.

L'auscultation, que l'on affirme faire entendre, dans l'utérus d'une femme enceinte, deux espèces de bruit, l'un analogue à celui d'une respiration faible, quoique plus court et plus brusque, *bruit placentaire*; l'autre semblable à celui que font entendre les battemens d'une montre enveloppée de beaucoup de linges, ou *bruit de cœur*. L'auscultation, ainsi appliquée, reste encore aujourd'hui un signe équivoque; elle demande une oreille très exercée; très peu de praticiens sont disposés à l'apprécier, et l'expliquent différemment. MM. A. Baudelocque et Nauche ont voulu donner à cette exploration plus de certitude, en imaginant un instrument nommé hystéroscope ou metroscope, propre à être appliqué sur le col de l'utérus au travers du vagin, à l'effet de mieux entendre les bruits de la vie fœtale. Je n'ai jamais été témoin d'une

pareille manœuvre, et je ne consentirais pas à le devenir.

M. Velpeau arrive à la description de toutes les grossesses extra-utérines, toujours dues à ce que l'ovule se fixe, croît et se développe hors de la cavité utérine, et doit nécessairement causer dans l'organisme un trouble et des changemens autres que ceux qu'il détermine dans la grossesse régulière. Ces grossesses sont ovariques, péritonéales, tubaires, utéro-tubaires, intersticielles. La grossesse tubaire est la plus commune de toutes les grossesses extra-utérines et la seule que les auteurs n'aient pas contestée. Le produit de la fécondation peut s'arrêter sur tous les points de la trompe; à la vérité, il se fixe plus souvent au pavillon et rend bientôt très difficile de prononcer si la grossesse est ovarique, abdominale ou tubaire; en outre, une grossesse tubaire, par suite de la distension, de l'amincissement de ce conduit et de sa rupture, se transforme quelquefois en grossesse péritonéale; dans ce cas, le fœtus est plus ou moins altéré. M. Dupré, interne des hôpitaux, a fait voir à M. Velpeau et à moi, à la Société anatomique, une pièce qui constaterait la grossesse tubaire avec déchirure.

M. Velpeau admet la grossesse intersticielle, mais il avoue en ignorer complétement le mécanisme.

Pour expliquer les causes des grossesses extra-utérines on ne possède encore que des hypothèses. Astruc, Krugez, une observation de Baudelocque, une autre de Lallemant, de Belliviez, feraient croire que ces grossesses sont plus fréquentes chez les femmes non mariées, qui sont saisies brusquement, au moment même de la plus vive jouissance, par un souvenir, un mouvement d'indignation, une frayeur. Le savant professeur Mojon regarde encore comme cause de ces sortes de grossesse l'obstacle de la caduque, à la pénétration de l'ovule dans l'utérus.

Quant aux signes de grossesse extra-utérine, avant le troisième mois, il est impossible d'en obtenir de sensibles ou seulement de rationnels. Le lieu qu'occupe le kyste a d'ailleurs une grande influence sur le diagnostic qui ne saurait distinguer les différentes espèces de grossesses extra-utérines, puisque, le scalpel à la main, il est très difficile de les préciser. Ces grossesses sont toujours dangereuses pour la mère et pour l'enfant; elles déterminent la rupture du kyste et la mort du fœtus, qui peut rarement vivre au delà du quatrième mois. Le traitement, dans le principe, ne peut être appliqué à une grossesse méconnue; plus tard, il est encore très borné et se compose du débridement des ouvertures naturelles ou de la gastrotomie.

Les fausses grossesses suivent, pour leur étude, les grossesses anormales; en résumé, elles dépendent d'une ou de plusieurs des causes suivantes: 1° rétention mécanique des règles; 2° irrégularité dans la fonction menstruelle; 3° affection de la matrice; 4° lésion des trompes, ou des ovaires, ou de quelques viscères abdominaux, de quelque affection du bassin; enfin, la fausse grossesse peut dépendre d'une affection nerveuse impossible à spécifier et qui comprend les grossesses imaginaires, hystériques.

Dans la majorité des cas, le toucher uni à l'exploration suffit pour dissiper l'illusion, une fois le quatrième mois arrivé; avant ce terme, en prononçant affirmativement, on s'exposerait à des mécomptes dont les recueils de science fourmillent. Une femme traitée depuis plusieurs mois pour un engorgement hépatique, dans un hôpital d'instruction, guérit tout-à-coup en accouchant un beau matin, au grand étonnement du professeur qui en avait fait le sujet de plusieurs leçons. Chez une autre femme une maladie de l'ovaire masqua la grossesse.

Dans le livre V, M. Velpeau traite de la parturition proprement dite. Cette sortie du produit de la conception s'appelle accouchement quand elle a lieu à terme; quand elle a lieu avant terme, on lui donne le nom de fausse couche, d'avortement, d'accouchement prématuré.

Sur vingt-un mille neuf cent soixante grossesses, madame Lachapelle dit n'avoir observé que cent seize avortemens, qu'elle regarde comme plus fréquens à six mois; puis à cinq et à trois, ce qui tient à ce que les femmes ne réclament des soins à la Maternité que lorsque l'avortement a lieu à une époque assez avancée; dans les premiers temps de la gestation, l'avortement étant rarement dangereux, mais aussi bien plus commun, de l'avis des professeurs Désormeaux, Velpeau, et de tous les praticiens. Les fœtus abortifs appartiennent en plus grand nombre au sexe féminin. Les causes de l'avortement peuvent être rapportées à l'état de la femme ou de l'œuf; relativement à la femme, elles tiennent à une disposition générale, due à la pléthore, à l'hystérie, à la débilité lymphatique de la constitution, à la syphilis, au scorbut, au rachitisme, à une maladie chronique des voies digestives, etc. Les maladies des organes sexuels de la femme sont encore des causes possibles d'avortement.

Les altérations, les maladies du fœtus capables de lui donner la mort sont extrêmement nombreuses: sur deux cents produits de conception qui ont été entre les mains de M. Velpeau et qui n'avaient pas dépassé trois mois, la moitié au moins étaient malades. Rien n'est plus facile à déterminer que les maladies et la mort d'un être dont l'existence est si frêle: ceux qui viennent d'un liquide spermatique mal élaboré ou dénaturé, d'un père trop vieux ou trop jeune, malade ou épuisé par l'abus du coït, y sont particulièrement exposés. La Société anatomique a inséré dans ses bulletins, pour l'année 1834, la description d'un fœtus des plus rares, que j'avais eu l'honneur de lui présenter et qui offrait un développement de près de quatre mois, sous le rapport de la forme, et de trois semaines seulement sous le rapport du volume.

Les causes prédisposantes de l'avortement sont vagues et mal déterminées; ce sont toutes celles qui peuvent amener des hémorrhagies utérines pendant la grossesse. Le célèbre accoucheur Mauriceau, qui défendait le coït vers la fin de la grossesse, et qui n'a point eu d'enfans pendant quarante-six ans de mariage, est combattu malignement par Dionis: « Pour

« moi, dit ce dernier auteur, qui ai une femme « qui a été grosse vingt fois et qui m'a donné « vingt enfans, dont elle est accouchée à terme « et fort heureusement, je suis persuadé que « les caresses du mari ne gâtent rien. » D'autant plus qu'Aristote accorde au coït, vers la fin de la grossesse, la propriété de rendre l'accouchement plus facile. Les causes spéciales de l'avortement sont presque toujours une hémorrhagie utérine. Il est aussi des avortemens périodiques qui reviennent à la même époque de la gestation chez la même femme ; on invoque ici la loi de l'habitude, de l'hérédité. Une fausse couche est d'autant plus à craindre, que la même femme en a déjà eu un plus grand nombre.

Les causes mécaniques, ou certaines manœuvres portées directement sur l'œuf, conseillées par quelques auteurs, dans les cas de déformation du bassin, et qu'employent assez souvent, dans un but criminel, des êtres dégradés, immoraux et avilis. Les autres moyens doivent être rangés dans la classe des emménagogues drastiques ; le plus souvent, ces moyens manquent leur but ou blessent cruellement la matrice. Ce crime, si commun à Paris, ne laisse pas passer de mois sans qu'un praticien soit appelé pour donner ses soins à de malheureuses femmes victimes de semblables manœuvres. Il n'y a pas long-temps que je vis succomber une jeune et jolie dame, sur laquelle nous fûmes forcés de pratiquer le tamponnement de l'utérus, de l'avis de M. Sanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et du docteur Marx. Aujourd'hui je donne des soins à deux cancers de l'utérus qui ne reconnaissent pas d'autre cause.

Il est passé en habitude de diviser les causes de l'accouchement en causes prochaines et éloignées, ou en causes occasionnelles et en causes efficientes.

Le fœtus n'agit en aucune manière comme puissance active avant sa naissance ; c'est dans l'organisme de la mère qu'il faut la chercher, ce que l'on a fait seulement depuis deux siècles. Les contractions de l'utérus sont parfaitement senties en plaçant sa main sur l'hypogastre. La volonté de la mère n'a de l'influence sur la marche de l'accouchement que par l'intermédiaire des muscles abdominaux et du diaphragme. D'après les idées de Levret, de Baudelocque, de Désormeaux et de l'auteur lui-même, on doit définir la cause déterminante de l'accouchement : la tendance des fibres de l'utérus à revenir sur elles-mêmes, effort qui n'a d'effet sensible qu'à dater du moment où le col ne peut plus fournir d'ampliation à la matrice.

Les phénomènes qui se passent pendant l'accouchement peuvent être divisés en quatre temps principaux. Dans le premier temps ont lieu les signes précurseurs qui se manifestent depuis le deuxième jour jusqu'au vingtième jour avant l'accouchement. L'utérus plonge dans l'excavation pelvienne et gêne les organes qui y sont contenus, en même temps que l'estomac et le foie deviennent plus libres. Deuxième temps, dilatation ; troisième temps, expulsion ; quatrième temps, durée du travail, variable suivant les climats. Les observateurs s'accordent pour dire que, dans les pays chauds, l'accouchement est plus rapide que dans le nord, ainsi que chez les femmes qui vivent à la campagne, se livrent et pourvoient à leur subsistance par des travaux pénibles. En général, la durée du travail de parturition est de cinq à dix heures ; mais rien ne peut permettre de fixer cette durée ; les conditions de climat et de position sociale n'ont pas l'influence qu'on leur attribue.

Les phénomènes les plus constans et les plus essentiels de la durée du travail, sont la contraction utérine ou la douleur, la dilatation du col, la formation de la poche des eaux et l'écoulement des glaires.

Les preuves décisives d'un accouchement qui ne peut tarder à se faire, se déduisent des circonstances suivantes : le col de l'utérus est mince, comme un cercle tranchant ; le doigt introduit, reconnaît les membranes qui se tendent, qui s'engagent à l'orifice du col et se retirent alternativement. Il n'est pas rare de voir le travail ainsi avancé, se suspendre tout-à-coup pendant plusieurs heures, plusieurs jours même, ce qui privera toujours de la possibilité d'indiquer l'époque précise d'un accouchement. Toutefois, dès que l'existence du travail n'est plus douteuse, il faut rechercher dans quelle position le fœtus se présente, ce qui est une des conditions indispensables pour le pronostic.

M. Velpeau rejette les subdivisions professées par Solagrés, Baudelocque, etc., pour les accouchemens difficiles, en accouchemens contre nature, laborieux, mécaniques, naturels, artificiels, etc. Il adopte la classification de Désormeaux, qui ne porte que sur la nature des causes qui peuvent rendre l'accouchement difficile. Ces causes appartiennent à la mère ou à l'enfant ; elles sont accidentelles ou préexistantes. Ces dernières résultent d'affections organiques ou de maladies antérieures à la parturition. Les causes accidentelles sont une affection spontanée d'un ou de plusieurs organes, une hémorrhagie quelconque, des convulsions, des syncopes, des déchirures, une asthénie complète, etc. M. Velpeau fait l'historique de chacune de ces maladies et de leur traitement.

La dystocie essentielle, par l'état des organes de la femme, a montré pour cause des tumeurs dans le bassin, des calculs urinaires, des affections du canal vulvo-utérin ou de la matrice, des altérations du col ou même son absence. Ici, M. Velpeau fait remarquer que l'occlusion du col ou son absence est un phénomène des plus rares, malgré que beaucoup de praticiens aient cru l'avoir rencontré ; en effet, l'inclinaison antérieure de l'utérus est portée quelquefois assez loin pour qu'on ne puisse trouver le col et que l'on suppose d'inexplicables anomalies. Un ami et confrère de M. Velpeau lui écrivait un jour : « J'ai passé « la nuit auprès de madame S. A. ; le travail « paraît marcher régulièrement ; mais je ne « trouve point l'orifice ; j'ai porté le doigt vers « le promontoire, puis vers les fosses iliaques, « puis en avant derrière les pubis ; partout je « suis arrivé jusqu'au cul-de-sac formé par « l'extrémité supérieure du vagin, mais je n'ai « point trouvé le col ; qu'ai-je à faire ? qu'est-

« ce que cela veut dire ? » Chez cette dame, le col était tellement porté en arrière et en haut, que pour l'atteindre il fallait recourber le doigt en crochet et tout-à-fait en avant ; l'absence du col est cependant un fait possible. M. Velpeau cite, comme preuve, le cas extrêmement remarquable dont je l'ai rendu témoin, ainsi que MM. Hatin, Lenoir, Larcher, Perturio, etc., le 4 décembre 1833. Une dame de près de quarante ans, au travail de l'enfantement, présentait le haut du vagin terminé en cul-de-sac, dont le doigt parcourait aisément tous les points, lorsque tous les consultans eurent acquis la certitude de l'absence du col et d'orifice utérin. Cet organe menaçant de se rompre dans l'abdomen, sous la force incessante de ses contractions, je pratiquai, en présence de mes honorables confrères, l'opération césarienne vaginale, qui fut couronnée du plus entier succès : une fille très forte vint au monde trois quarts d'heure après ; les menstrues, au temps voulu, ont repris leur cours par cette ouverture artificielle, dont j'ai eu soin d'empêcher l'oblitération ; la mère et l'enfant ont constamment joui de la plus invariable et de la plus brillante santé.

J'ai dû publier cette observation avec tous les détails qu'elle comporte dans le *Journal hebdomadaire de médecine* et dans le numéro d'avril 1834 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* ; mais aujourd'hui, j'apprends que cette dame se trouve enceinte de nouveau, et je ne saurais être sans anxiété sur son avenir.

L'accouchement difficile, par des causes dépendantes du fœtus, sont un excès de volume, des hydropisies, des tumeurs diverses, des fœtus multiples ou monstrueux ; enfin, des présentations vicieuses. De là, l'indispensable nécessité des manœuvres opératoires qui peuvent ou doivent s'exercer sur la mère et sur l'enfant. Les fonctions de l'accoucheur n'ont pas des bornes restreintes à la parturition elle-même ; c'est encore lui qui doit prescrire les soins consécutifs réclamés par la mère et par le nouveau-né, pour combattre des maladies existantes, ou garantir contre celles si nombreuses prêtes à assaillir deux êtres d'autant plus précieux qu'ils offrent moins de résistance à des maladies plus spéciales pour eux.

Le sixième livre du Traité d'accouchement de M. Velpeau est consacré à cette étude.

Dans cette seconde édition, de notables additions et de nombreux changemens ont été apportés ; des chapitres entiers ont été refaits, et pour la forme et pour le fond. Je citerai comme sujets entièrement refondus, les articles suivans : 1° le bassin, pour ce qui regarde les axes, les détroits, les vices de conformation ; 2° l'importance du toucher anal ; 3° l'auscultation longuement discutée et réduite à une valeur toute secondaire par la seule difficulté de bien constater ce phénomène ; 4° les variétés de grossesses pathologiques ; 5° le relevé et l'interprétation du nombre et des différentes présentations du fœtus, d'après la statistique des maisons d'accouchemens de beaucoup de pays ; 6° sur le traitement des métrorrhagies pendant le travail, ce qui résulte de recherches toutes récentes ; 7° sur les monstruosités ou maladies de l'enfant qui peuvent produire la dystocie ; 8° sur l'évolution spontanée, à peine effleurée dans la précédente édition ; 9° sur le choix relatif de la version par la tête ou par les pieds ; 10° sur l'accouchement prémédité artificiel, dans les cas d'étroitesse congéniale, question très délicate par sa moralité ; 11° sur l'opération césarienne vaginale ; 12° sur les maladies des organes sexuels de la femme, ruptures du périné, fistules vésico-vaginales, mammites, etc. ; enfin, d'innombrables citations d'auteurs dans toutes les langues, de tous les pays, de toutes les époques, sont placées au bas de chaque page. Ce dernier travail, qui surprend et effraye l'imagination par son étendue, sa multiplicité, qui a dû coûter à son auteur une peine infinie, une longueur de temps incalculable, ne m'a pas coûté une seule minute ; je néglige une oiseuse confrontation.

En faisant cette analyse, j'ai consulté mon goût et celui des lecteurs d'un journal pratique, qui seront satisfaits, par la lecture du *Traité d'accouchement* de M. le professeur Velpeau, le plus récent et le plus complet sur cette matière.

CAFFE, D. M. P.

Chef de la clinique ophthalmique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

—

QUELQUES FAITS INTÉRESSANS RELATIFS A L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS AURIFÈRES, *par* J.-A. Chrestien, *docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, membre de la Légion d'Honneur, etc.* (juillet 1835.)

Comme M. Chrestien a soin de nous le dire dans son avant-propos, ce n'est pas un ouvrage ex-professo que la brochure qu'il publie aujourd'hui. Il avait l'intention de faire connaître diverses observations qui constatent l'efficacité de ses préparations aurifères dans les maladies scrofuleuses, et pendant qu'il travaillait à réunir ces faits, pris hors de sa propre pratique, afin d'éviter toute imputation de partialité, il se décida à y ajouter plusieurs cas de guérisons de maladies syphilitiques récentes et anciennes, et celle d'une maladie fort grave de l'utérus qui ne pouvait être attribuée à l'existence d'aucun vice admis.

Six observations bien détaillées démontrent évidemment l'action bienfaisante des préparations d'or contre des affections qu'il est impossible, aux détails qui les accompagnent, de ne pas reconnaître comme éminemment scrofuleuses. Tous les sujets dont il est question portaient des tumeurs blanches plus ou moins anciennes, du genou, de la hanche ou du coude. Quelques-unes étaient accompagnées de fistules, et l'une de ces dernières, de carie de l'os. En outre, les sujets portaient, pour la plupart, d'autres indices du vice scrofuleux, tels que des coryzas, des engorgemens des ganglions lymphatiques du col, des aînes, etc.

Ces six sujets furent tous guéris d'une manière durable (il y a plus de quatre ans qu'ils n'ont pas présenté le moindre symptôme de

scrofules) en un espace de temps qui varia de trois à cinq mois et demi.

En général le traitement qu'ils ont suivi consistait en frictions sur les gencives, faites avec le chlorure d'or, à la dose de un dix-huitième à un neuvième de grain par friction; on donnait souvent en même temps à l'intérieur de l'oxide du même métal précipité par l'étain et associé au chocolat sous forme de pastilles. La plupart du temps on faisait usage d'une pommade composée de six grains à un gros de ce même oxide par once d'axonge.

Les doses qui furent nécessaires pour la guérison furent généralement de neuf à onze grains de chlorure, de dix à douze d'oxide à l'intérieur et de dix à vingt d'oxide en frictions.

L'une des malades qui portait au coude des fistules causées par une carie de l'os, fit des injections avec une solution de un grain de chlorure d'or par quatre onces d'eau distillée.

Outre les six observations dont il vient d'être question, il y en a une non moins intéressante : c'est celle d'une jeune femme de vingt-quatre ans, qui avait toute sa vie offert des symptômes marqués de scrofules. Les ganglions lymphatiques abdominaux se tuméfièrent et il survint une anasarque et une ascite. On administra sur les gencives des frictions avec un douzième puis ensuite un dixième de grain de chlorure, on frictionna l'abdomen avec la pommade d'oxide d'or à un gros par once d'axonge; au bout de deux mois l'amélioration commença à se manifester et la guérison fut bientôt complète.

M. Chrestien voulant éprouver si les préparations d'or administrées sous forme de pilules analogues à celles dites de Dupuytren, seraient efficaces contre la syphilis, a préparé des pilules suivant cette formule :

℞ Extrait de gayac, trois grains
Extrait d'opium, un quart de grain.
Chlorure d'or ou cyanure d'or, un cinquième de grain ou
Oxide d'or par l'étain, un quart de grain.

On donnait ces pilules à la dose d'une matin et soir.

M. Chrestien rapporte l'histoire de six malades atteints de syphilis récente ou ancienne, et qui furent promptement et sûrement guéris par ces diverses préparations.

Puis viennent trois observations de vieilles véroles ayant été, long-temps et à plusieurs reprises, traitées en vain par les préparations mercurielles, et qui cédèrent bientôt à l'administration de l'or sous diverses formes.

Enfin l'opuscule est terminé par l'histoire d'une luxation spontanée du fémur avec tuméfaction de l'articulation coxo-fémorale, accompagnée de cinq à six fistules, et de raccourcissement du membre et qui fut guérie, à ce raccourcissement près.

H. Belloc, D. M. P.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Décembre* 1835.)

Ce cahier renferme :

1° Recherches sur les mouvemens du cœur, par M. *Beau*, interne à l'hôpital Necker; — 2° Leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur *Gerdy*, recueillies et publiées par M. *Beaugrand*, interne; — Amputation de la mâchoire inférieure dans le cas de nécrose; — 3° Observation d'invagination d'une vaste portion de l'intestin grêle et du gros intestin, compliquée d'ascite, suivie de quelques réflexions sur ce genre d'affection, par M. *Gouzée*, docteur-médecin; — 4° Mémoire sur les fistules des conduits du lait, par M. *Bonnet*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon; — 5° Examen du gaz contenu dans la cavité pleurale d'un sujet atteint de pneumo-hydro-thorax, par M. *Martin-Solon*, médecin de l'hôpital Beaujon.

1° *Recherches sur les mouvemens du cœur, par* M. Beau, *interne.*

Depuis quelque temps l'étude des mouvemens et des bruits du cœur à l'état physiologique et pathologique est devenue un sujet de recherches aussi nombreuses que contradictoires. M. Beau, qui s'est déjà fait connaître par un bon mémoire sur les bruits pulmonaires (travail analysé dans notre numéro de février 1835) perçus par l'auscultation et sur le mécanisme de leur cause, essaye la même chose pour les mouvemens et les bruits du cœur à l'état normal, et fait l'application de sa théorie à quelques cas de lésions organiques du centre circulatoire qui, jusqu'ici, étaient restés en dehors des théories admises, et venaient déposer de leur insuffisance et par conséquent de leur fausseté. Nous aurions désiré que M. Beau eût poursuivi cette application à toutes les altérations connues du cœur, pour prouver la compétence de sa théorie à toutes les renfermer et les expliquer. C'est le *criterium* devant lequel presque toutes échouent plus ou moins. En attendant que l'auteur complète ainsi sa découverte, voici les expériences d'où elle est sortie et les raisonnemens sur lesquels elle s'appuie.

Commençons par dire, avec M. Beau, que le cœur est le siége de deux mouvemens principaux qui alternent ensemble : l'un, dans lequel sa partie inférieure ou sa pointe est portée en avant; l'autre, dans lequel c'est la partie supérieure ou la base du cœur qui proémine antérieurement, tandis que sa pointe est retirée en arrière. Disons aussi, qu'on admet généralement, que le premier est le mouvement de contraction par lequel les ventricules chassent le sang dans les artères, et on lui donne le nom de *systole* ventriculaire; le second, que l'on appelle *diastole* ventriculaire, correspondant au mouvement de dilatation, à l'aide du quel le sang est reçu dans les ventricules. M. Beau, comme on le pense bien, ne songe pas à nier la réalité des deux mouvemens par lesquels la base et surtout la pointe du cœur sont alternativement portées en avant et heurtent la paroi antérieure du thorax, la pointe

entre le cinquième intervalle des côtes, la base entre le deuxième et le troisième espace intercostal près du bord gauche du sternum : il nie seulement que ces mouvemens coïncident, comme on le prétend, le premier avec la contraction, le deuxième avec la dilatation des ventricules, et pour arriver de suite au résultat que tendent à établir les travaux de l'auteur, la projection de la pointe en avant et le premier bruit ou bruit inférieur qui y répond seraient dus à la dilatation des ventricules et au choc du sang lancé par les oreillettes, tandis que la projection de la base en avant et le second bruit ou bruit supérieur qui y répond seraient dus à la dilatation des oreillettes et au choc du sang qui y arrive des veines caves. Voilà pour les mouvemens et les bruits. Nous apprendrons, chemin faisant, à quel phénomène répondent le repos et le silence qui séparent le second bruit de la répétition du premier. Complétons l'énoncé de ce résultat en disant que le mouvement de retrait de la pointe du cœur a lieu quand se contractent les ventricules, celui de la base quand se contractent les oreillettes.

M. Beau, pour mieux juger le rapport qui existe entre les mouvemens et les bruits du cœur, d'une part, et le cours du sang dans ses cavités, de l'autre, a commencé par étudier ces phénomènes chez la grenouille, dont le cœur simple, c'est-à-dire composé d'une seule oreillette et d'un seul ventricule, de plus, à parois demi-transparentes, permet de constater ce rapport. Or, les choses se passent ainsi : Supposons l'oreillette pleine; elle se contracte brusquement, pâlit et s'efface en grande partie; *au même instant*, le ventricule reçoit le sang chassé par elle et rougit en se dilatant. Sa pointe est portée en bas, ses faces antérieure et latérales subissent un mouvement de turgescence qui remonte jusqu'à sa base; sa plénitude étant au comble, il se contracte, diminue dans tous les sens et pâlit. Sa contraction est à peine finie, que l'oreillette se dilate. Cette dilatation dure un moment, après quoi la contraction arrive, puis la dilatation du ventricule, sa contraction, etc., comme nous venons de le dire. Passant aux animaux à cœur double, oiseaux et mammifères, dont il met le cœur à découvert par la section d'une partie des parois thoraciques, l'auteur a constaté la série de mouvemens et de repos suivante, en divisant ces phénomènes en ceux appartenant au mouvement inférieur et ceux appartenant au mouvement supérieur. Le premier comprend l'augmentation de tous les diamètres, la projection de la pointe en avant, la diminution de tous les diamètres, le retour de la pointe à l'état naturel. Le second mouvement ou supérieur comprend : un commencement coïncidant avec la dilatation des appendices; un milieu sensible ou repos; une terminaison coïncidant avec la contraction des appendices (force est bien de calculer les mouvemens de systole et de diastole des oreillettes par la manifestation de ces mouvemens dans les appendices auriculaires, parce que sur un cœur en place, les parois des oreillettes sont masquées par la paroi antérieure et supérieure du cœur, qui est la paroi supérieure des ventricules). M. Beau s'applique ensuite à démontrer l'identité qu'il y a entre la manière dont les choses se produisent et s'enchaînent dans un cœur de batracien et celui d'un mammifère, et à faire voir que les différences qui peuvent apparaître sont très bien expliquées par celles de la structure et de la position respective des cavités de l'organe dans l'une et l'autre classe d'animaux. Il fait ensuite l'histoire générale de la circulation du sang dans les cavités du cœur. Supposons, dit-il, l'oreillette contractée : la tête de la colonne veineuse, soumise à une impulsion continue, se trouve arrêtée aux embouchures des veines qui sont resserrées par la contraction de l'oreillette; elle fait effort de toute part et se précipite dans sa cavité aussitôt que le resserrement contractile en est terminé. Le sang va choquer violemment la paroi antérieure de l'oreillette et lui fait exécuter un mouvement antérieur énergique. Il continue ensuite de couler dans sa cavité jusqu'à ce que la réplétion soit complète. Alors l'oreillette opère sa contraction qui commence par le resserrement des embouchures veineuses. Cette contraction des embouchures fait cesser à l'instant la communication qui existait entre le sang arrivé dans l'oreillette et le reste de la colonne, et forme de cette manière l'ondée sanguine. Celle-ci, chassée avec force de haut en bas et d'arrière en avant, soulève les valvules auriculo-ventriculaires, débouche en masse par l'ouverture ventriculaire dans le ventricule qu'elle distend et dont le sommet éprouve alors un mouvement en bas et en avant. Elle n'est pas plutôt dans le ventricule, que celui-ci se contracte; sa pointe qui était portée en avant revient à son état naturel, il se rétrécit dans tous les sens les valvules auriculo-ventriculaires s'appliquent contre leurs orifices, et l'ondée sanguine violemment refoulée relève les trois valvules semi-lunaires et pénètre dans l'artère qui subit alors ce mouvement bref de dilatation et de resserrement qu'on nomme *pouls*. Ces différens mouvemens par lesquels l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans le ventricule se succèdent fort rapidement, comme convulsivement, de telle sorte que leur ensemble paraît former un mouvement unique, et que la contraction de l'oreillette, qui est le premier de tous, est presque isochrone avec le pouls artériel qui en est le dernier. Cela fait que le ventricule est déjà vide avant que l'oreillette se soit dilatée de nouveau; et pendant que d'un côté, les valvules semi-lunaires s'abaissent pour retenir le sang dans l'artère, de l'autre, une nouvelle ondée se forme dans l'oreillette, par suite de l'introduction dans sa cavité du sang veineux qui s'y est précipité du moment que sa contraction a cessé. On peut dès lors considérer l'oreillette comme l'agent central de la circulation, le cœur proprement dit, tandis que le ventricule ne serait que le commencement du tube artériel qui, par sa force musculaire énergique, viendrait achever rapidement l'ouvrage de l'oreillette, en refoulant au loin le sang qu'elle lui a envoyé, et en réagissant sur lui, non pas par élasticité comme les simples parois artérielles, mais bien par une puissante contraction. Cette opinion sur l'activité et l'importance de l'oreillette est appuyée par ce qu'on sait de la dose de vitalité considérable qui lui est accordée. En effet, ses

contractions persistent plus ou moins de temps après celles du ventricule, et elle est l'*ultimum moriens* du cœur.

De là, comme on voit, pour arriver à la théorie des bruits du cœur et à l'application pathologique, il n'y a qu'un pas. Tout le monde sait que le siége de ces bruits répond à celui des mouvemens, et nous avons dit dans quels points précis de la poitrine ceux-ci s'observaient; mais puisque ces mouvemens coïncident, l'inférieur avec la dilatation des ventricules et l'irruption du sang dans leur intérieur, le supérieur avec la dilatation des oreillettes et l'entrée rapide de l'ondée sanguine dans leur cavité, il est clair que les bruits sont le produit de ces deux phénomènes simultanés pour chaque double cavité du même nom et successifs des unes aux autres. Maintenant, pour bien comprendre à quel phénomène correspond le repos qui sépare le bruit supérieur ou bruit clair de Laënnec du bruit inférieur ou sourd, il faut se rappeler que l'ondée sanguine qui des veines caves est chassée dans les oreillettes, n'y pénètre pas en masse, mais successivement; que la première irruption qui se fait alors que se dilatent ces cavités en produisant le bruit supérieur, ne suffit pas pour les remplir, et que pendant une certaine durée cette réplétion s'achève par une distension graduelle; or, c'est à ce passage aphone du reste du sang qui doit compléter l'ondée sanguine destinée à être lancée dans les ventricules, que répond le silence en question, silence équivalant pour le temps de sa durée à celui qui est mesuré par un des bruits. Un mouvement du cœur entier et révolu peut donc être représenté par une mesure à trois temps formée pour les deux premiers par deux noires exprimant le bruit inférieur et le supérieur, puis un soupir exprimant le silence.

Ce mémoire, plein de logique et de clarté, honore son auteur. Je ne lui enlève rien de son mérite en disant qu'il soulève plusieurs objections. J'aurais désiré que M. Beau, qui ne manque pas de connaître les idées de M. le docteur Pigeaux sur le même sujet, eût avoué les points de contact nombreux et importans qui établissent une contiguité remarquable entre les théories proposées par chacun d'eux. L'espace nous manque pour faire ce parallèle. Que nos lecteurs aillent aux deux sources; ils ne peuvent que s'instruire à ce contrôle.

2° *Observation d'invagination d'une vaste portion de l'intestin grêle et du gros intestin, etc.* par le docteur Gouzée.

Un artilleur âgé de trente-cinq ans, robuste, au service depuis trois ans, a eu sur les bords de l'Escaut de fréquentes attaques de fièvre intermittente, qui ont laissé après elles une infiltration œdémateuse des membres inférieurs. Après les derniers accès, il s'y est joint une ascite et une bronchite intense qui forcèrent le malade à entrer à l'hôpital militaire d'Anvers. L'affection aiguë dissipée, le malade resta avec son hydropisie. Depuis sept ou huit mois, cet homme était sujet à de fortes coliques accompagnées de grandes anxiétés, de vomissemens séreux et quelquefois de selles liquides. Ces coliques reparurent quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital. Les douleurs étaient rémittentes et d'une extrême violence; le malade éprouvait la sensation d'un déchirement dans les entrailles, qui lui arrachait des cris et provoquait d'atroces angoisses. Après plusieurs heures de durée, elles diminuaient peu à peu et devenaient supportables pendant un temps plus ou moins long, pour revenir ensuite avec la même intensité. L'abdomen était généralement sensible à la pression, mais l'ascite ne permit pas d'abord l'exploration des organes; plus tard l'épanchement, un peu résorbé, laissa percevoir un peu de tuméfaction et de résistance dans la région de l'S iliaque du colon. Tout se dissipa bientôt et la durée de l'amendement fit espérer une guérison parfaite. Le mal se déclara pourtant de nouveau avec les mêmes caractères auxquels se joignirent des vomissemens de matières liquides, porracées, sans odeur, ayant lieu au plus fort des douleurs coliques; plusieurs selles brunâtres, liquides dans les vingt-quatre heures. Pouls petit, peu fréquent, s'effaçant lorsque le paroxisme arrivait à sa plus haute intensité en même temps que la peau se couvrait d'une sueur froide. Jactitation, éructations gazeuses, hoquet de temps en temps, affaissement des traits, face sénile, mort. Les applications de sangsues, les bains furent employés sans soulagement. Les lavemens opiacés, le calomel uni à l'opium, les frictions d'onguent mercuriel sur le ventre produisirent seuls quelque amendement.

L'abdomen ouvert, on vit que le gros intestin avait totalement disparu jusqu'à la courbure sigmoïde du colon; cette dernière portion du tube digestif, ainsi que le rectum, avaient presque le double de leur ampleur ordinaire. Vingt centimètres environ de la fin de l'intestin grêle, le cœcum, le colon ascendant, l'arc transverse de cet intestin et sa portion descendante étaient invaginés dans l'S iliaque et le rectum. L'épiploon gastro-colique, froncé, resserré en forme de gros ligament, avait suivi ces parties dans la même cavité. De fortes adhérences formées par une sorte de gelée transparente très dense, unissaient le cœcum et une portion de l'intestin grêle à la muqueuse de la partie moyenne de l'S iliaque.

Ce cas présente à remarquer, 1° l'obscurité du diagnostic dont les élémens principaux étaient dissimulés par l'épanchement ascitique, par la persistance des évacuations alvines, ordinairement suspendues en pareil cas, l'absence de l'odeur des matières stercorales et de ces matières elles-mêmes dans le produit des vomissemens. 2° La question de savoir si les coliques suivies de longues rémissions et de retour à la santé, étaient déjà l'effet d'invaginations comme celle qui a donné la mort, lesquelles se seraient spontanément guéries, ou bien si ces coliques étaient purement nerveuses, si l'état de resserrement et de contraction qu'elles produisent souvent dans les portions d'intestin qui en sont le siége, n'étaient que des conditions favorables à l'invagination qui se serait faite plus tard sous l'influence de ces mêmes coliques. 3° Enfin, comment il se peut que de *fortes adhérences* se soient établies entre des

surfaces muqueuses, appliquées et enflammées, ou entre une surface muqueuse et une surface séreuse.

3° *Mémoire sur les fistules des conduits du lait, par* M. Bonnet.

Les fistules des glandes dont l'action est passagère, dont la sécrétion ne se fait qu'à certaines époques de la vie, celles en particulier des canaux galactophores ont été peu et mal étudiées. M. Bonnet saisit l'occasion qui lui est fournie par l'observation d'un cas de cette dernière espèce pour esquisser l'histoire des fistules des conduits du lait, et noter les particularités qui distinguent ces sortes de fistules de celles qui affectent les glandes dont la sécrétion et l'excrétion sont incessantes.

Une femme vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon quinze jours après son accouchement, huit jours après le début d'une inflammation du sein droit. En dedans du mamelon, s'élevait une petite tumeur fluctuante. M. Bonnet y plongea un bistouri dirigé parallèlement aux conduits galactophores (ils s'étendent en rayons du centre de la mamelle à sa circonférence), et fit une ouverture de trois lignes à peu près. Le pus s'écoula en assez grande abondance, et il fut aisé de reconnaître que l'abcès avait un foyer profond dans le tissu cellulaire qui entoure la glande. Cependant la malade continuant à allaiter avec le sein gauche, son affection ne put être traitée par les dérivatifs, et l'on se borna à des applications locales qui calmèrent les douleurs, mais restèrent sans effet sur l'écoulement puriforme. Celui-ci se faisait par l'ouverture devenue fistuleuse; et loin de diminuer, il devint si abondant, que la malade fut obligée de changer toutes les deux ou trois heures les compresses dont elle entourait les cataplasmes appliqués sur son sein. Douze jours s'étaient passés dans cet état, et quoique étonné d'une persistance que ne justifiaient ni le volume du sein, à peine augmenté, ni les douleurs qui avaient cessé complétement depuis l'ouverture de l'abcès, ni l'induration à peine appréciable, le chirurgien ne pouvait se rendre compte de cette opposition entre la quantité de l'écoulement puriforme et les caractères de l'inflammation à laquelle il avoue qu'il l'attribuait. Mais il entrevit la solution de la difficulté, lorsque la malade lui fit remarquer que l'écoulement du sein fistuleux augmentait lorsqu'elle allaitait son enfant avec la mamelle saine. Une telle influence ne pouvait être exercée que sur la sécrétion du lait, et M. Bonnet pensa que le liquide qui s'écoulait par l'ouverture accidentelle pouvait bien être, partiellement au moins, du lait dont les caractères physiques analogues à ceux du pus l'avaient empêché de reconnaître la présence.

La malade ayant recueilli une certaine quantité de ce liquide, M. Bonnet le soumit à tous les réactifs, à l'action de tous les moyens que peut fournir la chimie pour constater la présence du lait, le séparer en tous ses élémens et les différencier des liquides plus ou moins analogues pour leurs caractères physiques, comme le pus, par exemple. Ces expériences confirmèrent les prévisions du diagnostic. Il fallait songer au traitement. M. Bonnet commença par agrandir avec le bistouri l'ouverture dont les bords étaient très rapprochés, et introduisit une mèche de charpie imbibée de nitrate acide de mercure. L'adhésion parut avoir lieu et l'écoulement cessa, mais revint bientôt. On cautérisa de nouveau, nouvelle guérison momentanée, nouvelle récidive. Un érysipèle s'empara du sein malade, se propagea à celui resté intact, et obligea la malade à cesser l'allaitement. Six jours après, la fistule fermée ne fournissait plus rien. La guérison était complète.

M. Bonnet cite un autre fait dans lequel la guérison a été obtenue en trois semaines, par la suspension de l'allaitement et la suppression du lait déterminée à l'aide de purgatifs et par les douches et la compression du sein fistuleux.

Le mécanisme de la formation des fistules du sein, paraît à l'auteur le même que celui des conduits excréteurs des autres glandes : resserrement d'une partie du trajet de ces canaux, dilatation et distension en arrière de l'obstacle, inflammation ulcérative, ulcération se propageant du dedans au dehors. L'inflammation est ici une des causes les plus ordinaires, et on sait combien elle est fréquente dans le sein à la suite des engorgemens laiteux. La section des conduits galactophores peut aussi dans quelques cas ouvrir au lait une voie anormale.

Le développement des fistules dans les conduits excréteurs peut offrir trois degrés : dans le premier, le canal est très distendu; dans le second, le liquide qui le parcourt s'est répandu dans le tissu cellulaire; dans le troisième, il s'écoule au dehors; la fistule est complète.

M. Bonnet applique ces divisions aux états successifs que présentent les fistules des conduits du lait, et les y retrouve exactement.

Les principes généraux du traitement seront facilement déduits par le lecteur, de ceux qui ont été suivis dans le cas rapporté plus haut.

Si le mérite de M. Bonnet ne nous était parfaitement connu, le mémoire dont nous venons d'exposer la substance suffirait pour le mettre au jour. Ce mémoire est bien digne d'être lu, et nous le recommandons pour cela et à cause du point important de pratique qu'il vient éclairer.

P.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

North American archives of medical and surgical science. — (Journal de Baltimore.)

N° 111. — *Décembre* 1835.

ARTICLES ORIGINAUX : 1° Le tissu de la matrice n'est pas musculaire, par M. *Smith*; — 2° Observations chirurgicales, par le professeur *Smith*; — 3° De l'irritation de la moelle épinière, par M. *Thomas*; — 4° Dégénération tuberculeuse du foie; perforation du cœcum, par M. *Baker*; — 5° Collectanea.

Le tissu de la matrice n'est point musculaire.

M. Smith attaque, non sans de grandes apparences de raison, les preuves alléguées par Ch. Bell, de la *muscularité* de l'utérus; il n'est pas aussi heureux dans la théorie qu'il substitue à celle du célèbre anatomiste anglais. Suivant lui, le développement que prend la matrice pendant la grossesse est purement vasculaire et tout-à-fait analogue à celui que le pénis acquiert dans l'érection; son retour sur elle-même, après l'accouchement, est le simple résultat de sa déplétion; dans le travail, elle est inactive; le diaphragme et les muscles du bas-ventre font toute la besogne. Il nous semble difficile d'admettre une telle opinion sans autres preuves que des raisonnemens captieux; toutefois nous conviendrons avec M. Smith que le tissu musculaire de l'utérus se comporte bien autrement que celui des autres organes creux.

Observations chirurgicales.

Le professeur Smith raconte l'histoire de deux calculeux. Le mauvais état de santé du premier ne permit pas l'opération; peu de jours avant la mort, le gland et le pénis furent frappés de gangrène, et néanmoins, à l'autopsie, la vessie fut trouvée seulement un peu plus épaisse et un peu plus opaque que dans l'état normal. Chez le second, le volume de la pierre se trouva tel, qu'on fut obligé de la briser dans la vessie. M. Smith énumère ensuite les inconvéniens de la substitution de la flamme à la laucette dans l'opération de la phlébotomie, et il termine par l'histoire d'un vieillard, antérieurement taillé, chez qui tous les symptômes de la pierre se présentaient de nouveau. Des colonnes charnues, développées pendant la première maladie, donnèrent la sensation, mais non pas le son d'un calcul; deux rétrécissemens de l'urètre gênaient considérablement l'expulsion des urines et l'introduction de la sonde. Tous les accidens disparurent à mesure que le cathétérisme, plusieurs fois répété, dilatait le canal.

Irritation de la moelle épinière.

M. Thomas cite un rhumatisme du genou, un torticolis, une hémiplégie avec lésion des facultés intellectuelles, et un *delirium tremens* guéris par des applications de ventouses scarifiées aux lombes, au dos et à la nuque. On ne voit pas facilement quel rapport il peut y avoir entre le titre et le texte de cet article.

Dans les *collectanea*, M. Elliotson dit avoir employé avec succès le sulfate de cuivre contre une diarrhée opiniâtre chez un phthisique. Il avait cru devoir attribuer ce dévoiement à des ulcérations dans le colon; le phthisique mourut, et l'on trouva les ulcérations cicatrisées. Le sulfate avait été administré, trois fois par jour, à la dose d'un quart de grain chaque fois, associé à un sixième de grain d'acétate de morphine.

MÊME JOURNAL.

Janvier 1835. — 1° Observations chirurgicales, par le professeur *Smith*; — 2° Salivation causée par l'iode, par M. *Mackall*; — 3° Gastrite et duodénite chroniques, par M. *Geddings*; — 4° Muscularité de l'utérus, par M. *Dowell*.

Février 1835. — Bifurcation du canal ombilical dans un cas de grossesse double, par M. *Reynolds*; — 2° Accumulation du liquide entre le crâne et le cuir chevelu, par M. *Lebby*; — 3° Gastrite et duodénite chroniques (suite); — Traitement des brûlures avec l'eau phagédénique, par M. *Hintze*; — 6° Idiosyncrasie remarquable, par M. *Dowell*; — Anomalies anatomiques.

Bifurcation du cordon ombilical.

M. Reynolds est appelé auprès d'une femme en travail; elle venait d'accoucher d'un enfant; il s'en présentait un second par l'épaule; la version fut opérée à l'instant; la délivrance ne tarda pas à suivre; il n'y avait qu'un seul placenta et un seul cordon ombilical qui, après un trajet de cinq pouces, se divisait en deux branches, une pour chaque enfant. Disséqué à son origine, près le placenta, ce cordon ne contenait qu'une seule veine et une seule artère; chacune de ses deux subdivisions au contraire, échancrée près de l'ombilic, présentait deux artères et une veine.

Accumulation de liquide sous le cuir chevelu.

Cette hydropisie du tissu cellulaire sus-crânien fut observée chez un petit mulâtre, âgé de sept ans, et qui rendait habituellement une énorme quantité de vers. La tête avait vingt-cinq pouces de circonférence. A cela près, l'enfant jouait, mangeait, dormait, et se portait à merveille. La digitale, le nitrate de potasse et les purgatifs ayant été employés sans succès, on eut recours à la ponction, qui fut pratiquée au dessous de l'oreille. Les tégumens furent réappliqués à l'aide d'un bandage compressif. La maladie ne se reproduisit pas.

Traitement de la brûlure par l'eau phagédénique et la poudre de rhubarbe.

M. Hintze cite huit cas de brûlure produite, soit par des liquides bouillans, soit par un métal en fusion, soit par le contact avec des corps enflammés; dans tous, sa méthode a obtenu un plein succès. Il enlève avec des ciseaux l'épiderme soulevé par la vésication, humecte la plaie avec l'eau phagédénique à l'aide d'une plume, et la saupoudre de rhubarbe. Il emploie un grain de sublimé corrosif pour une once de véhicule pour les brûlures récentes; pour les ulcères chroniques, il porte la dose de sublimé à un gros et quart.

Idiosyncrasie remarquable.

M. Dowell raconte qu'un de ses cliens, qui ne redoute nullement la saignée, éprouve des accidens nerveux très bizarres, chaque fois qu'il se soumet à cette opération. Aussitôt que la ligature est appliquée, il éprouve une sensation de fourmillement, les doigts s'engourdissent, ensuite le bras. Les autres membres deviennent bientôt le siége d'accidens semblables auxquels succèdent des convulsions toniques qui envahissent tour à tour les muscles du bas-ventre, ceux de la poitrine et ceux du visage. La ligature de la jambe produit les mêmes résultats.

Anomalies anatomiques.

M. Baker a rencontré deux fois de suite, en disséquant les parois du bas-ventre, un

muscle surnuméraire, parfaitement distinct, présentant la force et l'aspect du sterno-mastoïdien, et ayant un tendon isolé à chacune de ses extrémités. Il s'attachait supérieurement à l'angle de la onzième côte, et inférieurement à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il a également trouvé un biceps à quatre faisceaux, dont deux partaient des points ordinaires; un troisième s'attachait à l'apophyse coracoïde et abandonnait ensuite le biceps pour s'insérer à l'humérus le long du coraco-brachial; le quatrième partait du voisinage du brachial interne. Chez un autre sujet, la vésicule biliaire était remplacée par une dépression semblable à une cicatrice. L'aspect de la partie voisine du foie portait à croire que le réservoir de la bile avait été détruit par un abcès.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Journal der praktischen Heilkunde von Hufeland und Osann.

(Juillet, Août et Septembre 1835.)

Nous avons remarqué, dans ces trois numéros, les articles suivans :

Juillet. 1° De l'asthme thymique, par le docteur *Hirsch;* — 2° De l'emploi de l'argile purifiée et du sulfate de cuivre dans le ramollissement de l'estomac, par le docteur *Durr.* — *Août.* 1° Fièvres intermittentes locales, par le docteur *Schupmann;* — 2° Du sulfate de cuivre dans le croup, par le docteur *Zimmermann;* — 3° Régénération des cartilages du larynx ossifiés, par le docteur *Albers.* — *Septembre.* 1° Sur la question de savoir si les évacuations sanguines et les purgatifs doivent être bannis de la médecine rationnelle, et si l'autorité civile peut et doit en interdire l'emploi, par le docteur *Vogel;* — 2° De l'eau employée comme désinfectant, par le docteur *Hufeland.*

De l'asthme thymique.

Cette maladie n'est point nouvelle, et je ne sais pourquoi les Allemands lui donnent le nom d'*asthme de Kopp.* Dès 1723, Richa l'avait reconnue et en avait déterminé le siége (*Constitutiones epidemiæ Taurinenses*), et Pierre Frank avait dit formellement (*Epitome*, VI, 2, p. 175) : *In asthmate, ut nominant, puerili, glandulas bronchiales præter sanitatis modum turgidas*, maxime vero thymum insigniter tumefactum *invenerunt anatomici.* Quoi qu'il en soit, Kopp a publié sur ce sujet, en 1830, un travail plein de faits, et remarquable par l'érudition et par la probité littéraire; depuis lors plusieurs médecins allemands et quelques anglais se sont jetés dans la voie qu'il avait déblayée. M. Hirsch y entre à son tour. L'asthme thymique, dit-il, atteint les enfans de trois semaines à dix-huit mois; c'est néanmoins entre le quatrième mois et le dixième qu'il les frappe le plus ordinairement. Il est caractérisé par des accès de constriction thoracique et de suffocation. L'haleine manque tout d'un coup au petit malade, l'inspiration est sifflante, *grêle*, courte et incomplète. Le bruit que rend la mince colonne d'air qui frôle contre les parois des voies aériennes rétrécies a quelque analogie avec le *cri de coq* de la coqueluche, mais il est plus faible, plus aigu, plus superficiel (*Oberflaechlicher*); le serrement de la gorge est semblable à celui qu'on observe chez les femmes hystériques. Chez quelques enfans, cinq ou six inspirations sifflantes, profondes, énergiques se succèdent sans expiration intermédiaire, et rappellent à l'observateur la plus effrayante période du croup. Dans les accès violens, la respiration est complétement suspendue; le cri inspiratoire est écourté par la rapide invasion du paroxysme, et il s'achève après un intervalle plus ou moins long, et devient le premier acte de la vie renaissante. Les autres symptômes sont communs à tous les genres de suffocation. La durée de l'accès varie entre une demi-minute et deux ou trois minutes. Quand il est terminé, l'enfant s'agite et crie encore quelques instans, puis revient à son état normal, à moins qu'il ne soit d'une faible constitution; alors il reste pâle et enclin au sommeil. Kopp affirme que pendant l'intermission les battemens du cœur sont à peine sensibles, et que la langue fait un peu saillie entre les dents; mais le premier de ces deux phénomènes est commun à presque tous les enfans, et le second est loin de se présenter d'une manière uniforme. Les paroxysmes éclatent, soit à l'instant du réveil, soit après des efforts répétés des organes respiratoires; au début de la maladie, ils se succèdent à huit jours d'intervalle ou même davantage; plus tard ils se rapprochent et se répètent jusqu'à dix et vingt fois par jour. Alors survient la mort par suffocation ou par apoplexie; quelquefois la maladie entre dans une seconde période caractérisée par des convulsions épileptiformes qui tantôt alternent avec les paroxysmes dyspnéiques, tantôt surviennent en même temps qu'eux. Les muscles lombricaux et les adducteurs des pouces restent parfois convulsés, même pendant l'intermission. Il n'est pas rare de voir le malade mourir instantanément, hors d'un accès, sans dyspnée, sans râle et sans agonie.

A l'autopsie on trouve, outre les altérations qui accompagnent d'ordinaire la mort par asphyxie, un développement anormal du thymus, développement qui porte en général sur la longueur et sur la largeur de l'organe, et plus rarement sur son épaisseur. Dans ce dernier cas, les poumons sont refoulés en arrière; quelquefois le thymus a contracté des adhérences avec les canaux aériens, avec les gros vaisseaux du col et de la poitrine; d'autres fois il leur forme une gaîne épaisse et incomplète. Son tissu est plus ferme, plus charnu et plus rouge que dans l'état normal; mais on n'y voit ni dégénération cancéreuse ou tuberculeuse, ni suppuration, ni ramollissement, ni induration. Le plus souvent son poids s'élève à six ou sept gros. Kornmaul en a rencontré un qui pesait près de deux onces.

M. Hirsch explique longuement la production des accidens qui caractérisent la maladie par la

compression qu'exerce le thymus hypertrophié; il réfute les objections auxquelles cette théorie est exposée, et trouve plus simple de nier l'existence de l'asthme aigu de Millar que d'établir le diagnostic différentiel de cette affection et de celle qu'il décrit. Nous omettrons ces détails pour nous occuper du traitement de la maladie de Kopp.

Pendant l'accès, placer l'enfant dans la position la plus favorable, l'asperger avec un peu d'eau fraîche; dans les intervalles des accès, combattre les convulsions par les moyens ordinaires; l'eau de laurier-cerise, l'assa-fœtida, le zinc, particulièrement sous la forme de prussiate; opposer les révulsifs, les saignées locales répétées, les exutoires sur la poitrine, les purgatifs même violens aux congestions cérébrales et thoraciques; tels sont les moyens indirects que l'expérience a consacrés. Le mercure, l'antimoine, la ciguë, la digitale, le charbon animal, l'éponge préparée et l'iode ont réussi quelquefois. Mais le remède le plus direct consiste dans l'ablation du thymus pratiquée, il y a déjà vingt ans, par Burns, mais seulement sur le cadavre.

De l'emploi de l'argile purifiée et du sulfate de cuivre dans le ramollissement de l'estomac.

Les cas dans lesquels M. Durr a eu recours au premier de ces deux moyens étaient caractérisés par les symptômes ci-après : vomissemens par régurgitation de mucosités acides et pelotonnées, dévoiement, amaigrissement rapide, dépression de la grande fontanelle, enfoncement des yeux, amoindrissement de la face, froid des extrémités, chaleur à l'occiput, fièvre plus ou moins intense, hébétude sans perte de connaissance, agitation, cris, passage continuel d'un bras de la nourrice à l'autre, flexion des membres inférieurs, soif et inappétence, apparition et disparition plus ou moins prompte d'une éruption jaunâtre ou pourprée, raideur de la nuque, gonflement comme tympanique de l'hypochondre gauche. L'argile purifiée a été employée, à la dose d'un demi-gros à un gros, en vingt-quatre heures, dans une once et demie de véhicule. On lui a adjoint, comme auxiliaires, les mucilagineux, les excitans de la peau, les bains, les sangsues, etc. Sur soixante-sept malades, de l'âge de neuf jours à quinze mois, qui ont été traités par cette méthode, soixante sont guéris.

Chez un enfant de quatre semaines, affecté à la fois de vomissemens et d'asthme thymique, on a eu recours, mais sans succès, à la médication suivante :

Vitriol bleu, un seizième de grain.
Musc, un huitième de grain.
Partagez en huit doses égales à prendre toutes les deux ou trois heures.

On y ajouta l'émulsion suivante :
Mucilage de gomme arabique, } une d.-onc.
Sirop d'althéa, }
Argile purifiée, une demi-once.
Extrait de ciguë, deux grains.

A prendre d'heure en heure pendant la journée.

— MM. Kreutzburg et Nentwich avaient déjà soupçonné la présence de l'iode dans les eaux minérales de Carlsbad; le professeur Pleischl, à Prague, vient de la démontrer jusqu'à l'évidence. Avis aux fabricans d'eaux minérales artificielles.

Névroses intermittentes locales.

M. Schupmann a réuni sous ce titre trois observations de fièvres larvées: l'une ayant pour siége le nerf vague et caractérisée par le dérangement périodique des fonctions de tous les organes auxquels ce nerf se distribue; l'autre donnant lieu aux symptômes d'une glossite rhumatique, et plus tard, d'un tic nerveux de la face; la troisième affectant la première branche du nerf tri-jumeau, et particulièrement le nerf frontal. Toutes trois ont guéri par le sulfate de quinine.

De l'emploi du sulfate de cuivre dans le croup.

Hoffmann a prôné ce remède en 1821; il lui reconnaît une action analogue à celle de l'émétique, mais plus sûre et plus prompte; il lui attribue la propriété de diminuer la plasticité de la lymphe, d'amoindrir l'énergie du système artériel, et d'augmenter l'absorption en exagérant l'activité du système veineux. Il l'administre à la dose d'un quart de grain ou même d'un demi-grain toutes les demi-heures, associé à la digitale pourprée. M. Zimmermann cite douze auteurs qui ont eu également à se louer, un plus ou moins grand nombre de fois, de l'emploi de cet agent thérapeutique. Il y a eu recours lui-même quinze fois dans des cas la plupart très graves, et il n'a perdu que deux malades. Si le mal est encore dans la première période, il se dispense des évacuations sanguines suivant la force du sujet. Dans la conviction où il est qu'il importe de provoquer le vomissement, il administre tout d'abord le sulfate de cuivre à la dose de deux à quatre grains; il le donne ensuite à la dose d'un huitième de grain à un demi-grain, suivant les circonstances, dans une petite quantité d'eau sucrée. Il faut remuer la poudre dans l'eau avec le doigt et non pas avec une cuillère d'argent. Dans la seconde période de la maladie, il débute par les évacuations sanguines. Il procède de la même manière dans la troisième période. Dans la quatrième, il ne voit plus d'autre ressource que la trachéotomie.

JOURNAUX ITALIENS.

REPERTORIO MEDICO - CHIRURGICO DEL PIEMONTE.

Nous avons remarqué dans les premiers numéros de 1835 de ce journal les articles dont nous rendons ici compte.

Observations critiques du docteur Solari, *de Genève, sur les effets de la saignée dans la pneumonie et sur la médecine numérique, par le docteur* Louis.

Ce journal piémontais consacre vingt-deux pages à l'examen des trois mémoires du doc-

teur Louis. Nous rendons compte de cet examen, tant à cause de l'importance que nous attachons à la saignée du bras, que pour faire connaître la doctrine italienne sur ce puissant moyen de guérison dans la fluxion de poitrine.

Il en est de la phlébotomie comme de tous les autres remèdes; son usage et ses abus, son utilité et ses inconvéniens, ont varié dans l'opinion suivant la direction que lui a imprimée le mouvement de chaque époque. Les anciens, privés du flambeau de l'anatomie, et guidés seulement par les phénomènes morbides, n'osaient sortir de leur cercle d'observation clinique. La découverte de la circulation du sang, fit croire de nouveau aux partisans de *Botal* que cette humeur étant le véhicule de la vie, on pourrait guérir toutes les maladies aiguës par la saignée; mais l'expérience n'ayant pas sanctionné cette conjecture, les rénovateurs se virent bientôt abandonnés de leurs disciples.

Au commencement de ce siècle, l'anatomie pathologique fit naître en thérapeutique des idées mieux fondées pour le traitement des phlegmasies de la poitrine. En montrant le siége et les suites funestes de l'inflammation de la plèvre et du poumon, elle fit sentir le danger de l'expectation, et enhardit à attaquer sur place la pleurésie par les saignées capillaires de loin, et la pneumonie par les saignées générales.

Le docteur Louis ne conteste point la supériorité de la médecine agissante sur l'expectation; toutefois il refuse d'entrer dans la voie curative ouverte par la médecine physiologique, et motive sa résistance sur ce que l'inflammation n'est pas produite par la surcharge du sang; la preuve, c'est que la saignée ne la *jugule* pas, comme elle enlève la pléthore. En effet, le coup d'inflammation qui a retenti avec dommage de la poitrine dans toute l'économie, laisse encore des impressions quelque temps après les saignées les mieux indiquées; et il faut que les organes qui ont compâti à l'appareil de la respiration, modifient leurs fonctions pour revenir à leur état normal. Voyez la sueur, la matière de la transpiration et l'urine des pleurétiques.

Il arrive souvent qu'après une ou deux saignées, la fièvre, la douleur et la difficulté de respirer, loin de se dissiper, prennent de l'intensité.

Les vésicatoires ont à peu près le même inconvénient, ils augmentent l'inflammation plutôt qu'ils ne la diminuent. Cent cinquante pneumoniques ont été guéris sans l'usage de ce topique.

En définitive, le médecin de la Pitié donne la préférence au tartre stibié à haute dose sur toute autre médication.

Toute erreur est fondée sur quelque vérité dont on abuse; voilà pourquoi l'on doit lire avec les plus grandes précautions les Mémoires du docteur Louis, écrivain très exact et consciencieux.

Grand partisan de la phlébotomie, le docteur Solari réfute les objections de notre compatriote par sa propre expérience et celle de plusieurs autres médecins italiens.

Les vésicatoires sont contre-indiqués dans la pneumonie, tant que le foyer de la phlegmasie du poumon n'a pas été amorti par l'action de la lancette. Le professeur *Tommassini* dit formellement que la vésication est nuisible lorsqu'elle irrite le foyer encore mal éteint de la maladie.

On convient que les symptômes de la pneumonie semblent s'aggraver quelquefois après la première et la seconde saignées; mais ils s'apaisent ensuite, si vous continuez à tirer du sang. Frank, pour ne citer que cet auteur, en avait déjà fait la remarque. *Sæpe vero dolor febrisque primâ venæ sectione augeri potiùs quam imminui videntur, quæ tamen à repetito frequentius auxilio subsidium majus habebunt.* La quantité de sang tiré aux malades de la Pitié varie depuis 16 jusqu'à 49 onces; ces saignées collectives sont à doses trop faibles; l'effet en est tout différent de celui des émissions sanguines à haute dose, de même que le tartre stibié, à la quantité de deux grains, fait vomir, tandis qu'il soulève à peine l'estomac ingéré à la manière de Rasori. Le professeur Bouillaud a obtenu de plus grands succès que le docteur Louis, parce qu'il a saigné plus tôt et tiré plus de sang.

En Italie, nos confrères sont encore plus hardis, et aussi plus heureux que le professeur Bouillaud : la plupart d'entre eux n'emploient que la saignée du bras contre les pneumonies qui y sévissent fréquemment, et il meurt à peine treize pneumoniques sur cent dans les hôpitaux, bien qu'on y reçoive ces malades à différens jours de l'invasion; ils s'empressent de saigner les péripneumoniques toutes les sept ou huit heures, et leur tirent chaque fois douze ou dix-huit onces de sang, selon la tolérance individuelle dépendante de l'âge, du sexe, du tempérament, etc. On réitère la saignée plus ou moins, selon que les symptômes s'affaiblissent ou persistent; on prescrit en même temps la diète la plus sévère, et on donne pour boisson une infusion théiforme de fleurs de violettes ou de mauve. Il y a plus: voici le tableau statistique que présente le docteur Avanzini : ce médecin génois traita à domicile, en l'année 1834, 52 péripneumoniques, dont 30 hommes et 22 femmes; âge moyen des premiers, 36 ans, 10 mois et 11 jours; âge moyen des dernières, 42 ans, 1 mois et 2 jours.

Ils étaient passés sans nuance de la santé à la maladie, excepté six hommes et trois femmes, qui, depuis leur rétablissement d'une fluxion de poitrine, pouvaient rester plus prédisposés à contracter la péripneumonie; tous étaient tombés malades par un changement brusque de la température, à l'exception d'une femme qui avait reçu un coup; tous furent saignés le premier jour de la maladie, hormis une femme qui n'appela le médecin que le cinquième jour, et succomba 24 heures après la visite, et un homme qui tarda aussi de quelques jours, mais ne fut pas victime de sa négligence. Le nombre moyen des saignées fut de cinq pour chaque individu; la quantité de sang extraite chaque fois de 15 onces, l'espace du temps des saignées, 36 heures. La maladie, chez ces individus, marcha avec acuité et dura sept jours, excepté chez le malade qui avait négligé son état, deux hommes et deux femmes parmi les prédisposés à la péripneumonie, dont la mala-

die eut un cours plus lent et récidiva à l'approche de la convalescence, et une femme enceinte qui accoucha un peu avant terme, et eut une récidive après ses couches; il ne mourut sur ces 52 péripneumoniques que la femme déjà mentionnée.

Le docteur Avanzini prévient qu'il exerce sa profession dans un pays où l'air très vif et variable cause de fréquentes fluxions de poitrine, et dont les habitans ressemblent au peuple que Virgile appelle *Durum genus.*

En présence de ces derniers résultats, la médication de M. Louis tombe en ruine, puisque sur vingt-neuf pneumoniques traités à l'hôpital de la Pitié (1830 à 1835), et sans maladie auparavant, il en est mort quatre, dont trois n'avaient été saignés qu'après le quatrième jour. Quant à la médecine numérique, réduite à elle seule elle serait entachée d'un vice radical, en ce qu'ici comme ailleurs les maladies semblables ne sont pas identiques; telle fluxion de poitrine marche d'un pas égal jusqu'à la solution, telle autre se complique dans son cours; l'une est susceptible de guérir par diverses médications, l'autre ne peut guérir sans la saignée, ou même aura une issue funeste malgré le meilleur traitement. Néanmoins presque toujours le succès dépend de l'entente des premiers secours, et à notre estime, du nombre, du temps et de la dose des saignées : vous ne savez pas d'avance combien vous saignerez de fois, ni combien vous tirerez de sang; vous vous réglerez sur le degré et la durée de l'inflammation. C'est ainsi que le tact (le critique piémontais y joint le génie) fait toute la substance du médecin clinique. La pratique médicale exige donc, selon *le docteur Solari*, plus de génie que l'anatomie, qui s'apprend par les yeux et les doigts, plus même que la chirurgie qui n'est que la partie mécanique de notre art.

Résection du cubitus, par le docteur Luigi Malagodi, *chirurgien à Fano.*

Ostéosarcôme au cubitus (on ne dit pas de quel bras), depuis l'extrémité inférieure du corps de l'os jusqu'à un pouce au dessous de la base de l'olécrâne.

L'opérateur commence par faire en sa tête la résection dont il n'a pas d'exemple, et en calcule la portée : *Le sujet est âgé de 20 ans et bien constitué, la maladie est locale et provient d'une cause externe.*

L'articulation du carpe avec l'avant-bras se fait presque sans le cubitus, par conséquent la conservation du radius assure les mouvemens de la main, les extenseurs et les fléchisseurs s'insèrent à l'olécrâne qui ne sera pas entamé, et les muscles qu'on détachera du corps du cubitus et du ligament inter-osseux trouveront à se masser; il sera facile d'épargner les nerfs et les artères de conséquence qu'on pourra rencontrer; enfin on sera toujours à même d'en venir à l'amputation du bras, en cas de mécompte.

L'artère brachiale comprimée, un aide tient l'avant-bras et la main en situation. L'opérateur comprend la tumeur dans une ellipse par deux incisions qui se joignent à l'apophyse styloïde et à la base de l'olécrâne; il pénètre avec un bistouri à tranchant convexe dans l'espace inter-osseux, reconnaît, en isolant le cubitus, que le radius ne participe pas à la maladie; alors il désarticule le cubitus au dessous de l'apophyse styloïde, coupe le tendon du muscle cubital externe, et dissèque l'os de bas en haut; parvenu à la hauteur de la partie saine, il passe une plaque osseuse sous l'endroit où il va scier : le chirurgien ralentit ses coups de scie à la fin de la résection, ensuite il reste à lier une inter-osseuse et deux artérioles de la peau.

Réunion de la plaie par première intention, et application de bandelettes agglutinatives; diète absolue et cinq saignées dans les quatre premiers jours; levée de l'appareil le cinquième jour, et guérison complète le trente-cinquième.

Le docteur Malagodi revit son opéré au bout de deux mois; le jeune homme se livrait aux travaux de la campagne également bien des deux bras.

V. O. G.

III. MÉLANGES.

Rapport de la Commission nommée par la Société de médecine de Niort pour l'examen du Mémoire du docteur Devergie *aîné*, SUR L'ORIGINE, LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Messieurs,

La commission que vous avez nommée pour vous faire un rapport sur le Mémoire du docteur Devergie aîné, a montré une opinion unanime sur les matières contenues dans ce travail.

J'ai été chargé de résumer nos observations critiques à ce sujet, et d'évaluer l'opuscule que notre collègue de Paris a soumis à notre appréciation.

M. Devergie nous présente des recherches historiques et médicales sur *l'origine, la nature et le traitement de la syphilis.* Ce travail est l'exposé des doctrines publiées par l'auteur dans un ouvrage plus étendu, intitulé : *Clinique de la maladie syphilitique.*

Et comme notre jugement doit porter sur les principes et les théories plutôt que sur le fond matériel de l'ouvrage, en donnant notre avis sur l'opuscule dont nous avons quelques exemplaires entre les mains, nous nous prononcerons d'une manière indirecte sur la Clinique de la maladie syphilitique.

Faire l'histoire de la syphilis, de sa nature, de son traitement, tel est le plan du docteur Devergie. Renverser des opinions admises, des théories judicieuses puisqu'elles expliquent des faits, établir sur une base toute d'innovations cette partie de notre science médicale, tel est son but.

Si l'histoire de la syphilis pouvait être de quelque utilité pratique, si elle pouvait fournir des sources où l'on irait chercher pour cette maladie une nature vraie, un traitement rationnel, remontant aux premières époques de

la science, nous irions, chronologiste exact, chercher à éclaircir la question de son origine. Mais, qu'elle nous vienne d'Amérique, qu'elle se soit d'abord montrée en Europe, chez les Italiens; qu'elle ait éclaté simultanément sur différens points du globe, par suite du libertinage, de la débauche, de la malpropreté et des abus des plaisirs de l'amour, ce que nous croyons avec le docteur Devergie le plus probable, nous laissons aux syphiliographes le soin d'éclaircir ces questions, qui sont d'une pâle importance devant les questions de nature et de traitement.

Quand le docteur Devergie, s'appuyant sur ces causes présumées de la syphilis, causes à qui elle devrait tout au plus son origine et non sa propagation, croit avoir trouvé en elles quelques motifs d'établir, d'après son système, la nature de cette maladie; il confond ces deux élémens si distincts, cause et nature, et de ce que les causes lui sont faciles à expliquer, dans quelques cas rares toutefois dont il semble faire une généralité, spécifier la nature du mal est aussi pour lui chose aisée, et il dit, car c'est ainsi, je crois, qu'on peut traduire sa pensée : « A des causes naturelles, pourquoi « des effets qui s'écarteraient de la marche ré- « gulière de la nature? Pourquoi ce virus, être « mystérieux, voyageant à volonté dans l'éco- « nomie, restant souvent caché dans un coin « de cette économie, sans que rien décèle sa « puissance, puis se réveillant tout-à-coup, « altérant le jeu des organes, troublant toutes « les fonctions de l'organisation, et aussi in- « accessible à nos sens qu'inconnu dans sa « nature? »

Et sans doute, après toutes ces paroles de proscription contre le virus, M. Devergie, conséquent avec lui-même, va donner une explication claire et aisée de tous les phénomènes syphilitiques; il va leur assigner une cause naturelle et simple, accessible à nos sens! Non, messieurs; forcé, comme ses devanciers, dans les retranchemens de l'abstrait et de l'indéfinissable, pour succéder à un être mystérieux, il admet un principe contagieux, être aussi mystérieux que ce dernier, pouvant se développer spontanément, épidémiquement, se communiquer plus ou moins facilement par voie d'inoculation, ou par contact immédiat, devant être considéré comme le résultat des plaisirs de l'amour, de la débauche, du libertinage, plutôt que comme le produit d'un virus particulier.

En vérité, c'est vouloir pousser l'innovation trop loin que de remplacer un mot par la définition de ce mot. Car l'on demanderait à M. Devergie : qu'est-ce qu'un virus? Il ne dirait rien autre chose que cette longue énumération par laquelle il cherche à donner une idée de la nature de la syphilis. Et cette longue définition changera-t-elle en rien les idées que nous nous sommes faites de la syphilis? Ce principe contagieux expliquera-t-il mieux que le mot *virus* la cause occasionelle de la maladie? Nous fera-t-il connaître son essence, éclaircira-t-il nos doutes et nos fictions sur la production du mal? Non, messieurs; tant que ce principe échappera à nos sens, nous n'en aurons que des idées erronées et confuses, nous ne l'apprécierons que par ses effets; et comme ces effets ne sont point des phénomènes morbides ordinaires, pourquoi vouloir qu'il n'existe dans sa cause rien de mystérieux et de caché?

Cherchons donc, du reste, dans la définition de M. Devergie, le motif d'exclusion du virus. Est-ce la spontanéité du développement de la maladie? Mais la rage, la variole, pour lesquelles on ne conteste pas l'existence d'un virus, ne se développent-elles pas spontanément?.... Est-ce sa nature épidémique? sa transmission par inoculation ou par contact immédiat? Mais il a par ces circonstances même un point de rapprochement avec certains virus, ceux de la rage et de la vaccine, par exemple, qui ne se transmettent comme lui que par voie d'inoculation et de contact immédiat, jamais autrement, ce qui les différencie totalement d'un grand nombre de maladies contagieuses ordinaires.

Il est un autre point sur lequel s'appuie M. Devergie pour donner le dernier coup à la théorie virulente, et il dit : Le virus syphilitique ne présente pas le caractère principal que nos auteurs les plus modernes reconnaissent aux virus, celui de reproduire identiquement, sous toutes les conditions possibles, n'importe le sujet, les phénomènes qui ont été observés.

Dans quelle double erreur tombe ici M. Devergie! D'abord il regarde les symptômes de la maladie comme la maladie elle-même, et cependant ce sont des choses bien distinctes. Le symptôme est à la maladie ce que le mouvement, par exemple, est à la vie : l'un est l'effet, l'autre est la cause. La maladie précède toujours le symptôme; elle peut même, dans quelques cas, exister sans lui.

Ensuite, il n'est pas vrai de dire que les phénomènes des virus, autrement dit leurs symptômes, se reproduisent identiquement, n'importe les sujets; car la rage a des caractères qui offrent, il est vrai, quelque chose de particulier à la maladie, mais qui varient à l'infini dans leur forme, dans leur intensité, dans leur siége et suivant la constitution des individus. Il en est de même de la variole, de la vaccine, qui se reproduisent sous des formes multipliées et qui souvent ne se produisent pas malgré les circonstances et les tentatives même de transmission. Revenant maintenant à la syphilis, nous lui trouverons des symptômes qui offrent toujours quelque chose qui la caractérise, mais qui varient dans leur intensité, dans leur siége et suivant les tempéramens des sujets. Peut-il exiger plus de similitude dans ces rapprochemens?

Mais ce ne sont pas là les seules erreurs dans lesquelles soit tombé M. Devergie. Il s'étonne que l'on s'obstine inutilement à poursuivre la cause dans la syphilis, tandis que l'on ne combat que les effets dans toutes les affections épidémiques contagieuses. Sans doute M. Devergie oubliait alors cet axiôme, *sublatâ causâ, tollitur effectus*. Et en effet, quelle est notre première indication curative, si ce n'est d'éloigner et de détruire les causes? Et si nous n'agissons pas toujours ainsi dans les maladies, c'est que notre thérapeutique manque généralement de moyens à opposer aux causes; partant, nous sommes contraints à n'agir sur elles

que d'une manière indirecte; mais toujours est-il que nous agissons, toutes les fois que nous pouvons nous flatter d'un succès; car, sans cela, notre réussite ne serait qu'éphémère, et la cause, débarrassée bientôt de ce qui s'opposait à sa manifestation, apparaîtra de nouveau avec des caractères morbides qui seront ses effets.

Eh bien! c'est cette action directe sur les causes que M. Devergie voudrait que nous n'employassions pas, lorsque nous avons les moyens de le faire; et cela, parce que nous n'agissons pas sur les causes premières dans le traitement de la variole, du typhus, de la gale, de la peste, de la pustule maligne, du choléra, etc. Mais si la médecine, plus rapide dans ses progrès, venait à trouver un jour des agens qu'elle pourrait opposer à toutes ces affections ou à quelques unes d'entre elles, faudrait-il donc renoncer à ces spécifiques, parce qu'il y aurait alors dans le traitement de ces maladies quelque chose qui ferait exception à notre thérapeutique générale? Eh! ce serait étouffer tout progrès!... Ce serait refuser de prendre ce que l'on a cherché; car c'est là le but de la médecine progressive, d'arriver à la cause pour détruire l'effet.

Enfin, messieurs, nous allons achever de faire justice des opinions de M. Devergie, sur la nature de la syphilis, quand nous saurons qu'il prétend: 1° que la syphilis peut se développer entre personnes saines, dans certaines circonstances, par l'abus des plaisirs de l'amour; 2° que les accidens vénériens se guérissent presque tous par les seules forces de la nature; 3° que les ulcères factices développés aux parties sexuelles n'ont aucun signe qui puisse les différencier de ceux contractés par un coït infectant, et qu'ils peuvent aussi donner lieu à des affections secondaires; 4° que c'est une erreur grave de se servir de l'expression d'infection générale pour désigner les affections secondaires dites constitutionnelles; 5° qu'il est extrêmement rare de rencontrer une diathèse syphilitique dans laquelle toute l'économie souffre des désordres produits par le principe contagieux; et que par conséquent, l'hérédité syphilitique doit être rangée dans l'histoire des cas rares.

Ici nous regrettons beaucoup de ne pas connaître les théories d'où M. Devergie a pu déduire tant de corollaires qui sont si opposés à ce que l'expérience nous constate tous les jours. Mais ces théories ne sont sans doute pas plus solides que les réflexions précédentes, sur lesquelles il a étayé son système, et que nous croyons avoir suffisamment réfutées; et comme l'auteur ne semble d'ailleurs leur attribuer qu'une valeur secondaire, puisqu'il évite d'en donner le développement, nous sommes autorisé à croire qu'elles sont, comme les autres, des moyens employés avec légèreté et irréflexion pour justifier les créations d'un esprit enthousiaste qui veut ériger des visions en préceptes en rejetant l'autorité de l'expérience et des faits.

Passons maintenant à l'examen de la partie où l'auteur s'occupe du traitement de la syphilis.

D'abord, remontant à l'origine de la syphilis, il va chercher dans l'histoire quels moyens les premiers médecins opposaient à cette affection, et il trouve que leur thérapeutique n'avait rien de spécifique contre elle, et qu'ils la traitaient comme les affections ordinaires. Arrivé à l'époque de l'introduction du mercure dans la matière médicale, il montre comment son usage, qui était d'abord restreint aux affections de la peau, était parvenu par extension aux maux vénériens. Là, M. Devergie insiste sur la description des désastres produits par le mercure; il s'élève contre l'espèce de prédilection qu'avaient pour ce métal les hommes de mérite du temps, il applaudit aux tentatives faites par les praticiens qui se sont élevés les premiers contre la majorité pour l'exclusion du mercure au bénéfice des bois sudorifiques. Mais les bois sudorifiques perdent bientôt de leur crédit, leurs succès devenant moins constans par défaut de sévérité dans l'alimentation; ils allaient même tomber dans l'oubli le plus profond, lorsque la méthode rationnelle vint les remettre en honneur et commencer une réforme immense dans le traitement de la syphilis.

Ensuite, M. Devergie fait une longue énumération chronologique de tous les médecins qui, sur plusieurs points du monde, ont exclu l'empirisme pour n'employer que la méthode rationnelle dans le traitement de la syphilis. Il cite un tableau où le nombre des malades guéris par la diète-cure, sur tous les points du globe, et dans plusieurs années, peut s'élever à soixante mille. Il parle enfin par calculs mathématiques des garanties qu'offre ce même traitement contre les récidives, et de son avantage par la brièveté du temps qu'il exige.

Par ce résumé de son article traitement, vous voyez, messieurs, que M. Devergie ne veut pas plus des spécifiques contre la maladie qu'il n'avait voulu de virus. Il fait une guerre ouverte aux partisans exclusifs des mercuriaux; il n'en blâme pas seulement l'abus, il veut en interdire l'usage général en ne le réservant qu'aux cas rares où les antiphlogistiques auraient été sans succès. Mais cette concession de M. Devergie ne déciderait-elle pas seule la question, si les moyens de réfutation nous manquaient? Car ce qui peut le plus peut aussi le moins; et si les préparations métalliques guérissent la syphilis quand elle est compliquée et rebelle aux moyens physiologiques, à plus forte raison auront-elles du succès dans les affections ordinaires primitives, dépouillées de complications.

Du reste, comme M. Devergie le dit lui-même, ses tentatives ne sont pas nouvelles; et si malgré tous les anathèmes et tous les efforts de proscription dirigés contre lui, dans tous les temps, le mercure a toujours eu la préférence jusqu'à nos jours, ne devons-nous pas conclure que cette préférence était méritée? Car, dans les sciences où l'on cherche toujours à appuyer les bases sur la vérité, les vieilles théories s'écroulent à l'apparition de nouvelles qui offrent plus de corrélation entre le raisonnement et l'expérience, la conséquence du principe et les faits. Et qu'on ne dise pas qu'en médecine on marche lentement à l'innovation et au progrès!... Car dans l'insuffisance de toutes nos théories, où partout perce l'erreur,

nous abandonnons souvent trop légèrement ce qui est bien pour courir à ce que nous supposons mieux; et quand nous nous croyons avancés d'un pas vers le vrai, désabusés par l'expérience, nous rentrons dans la voie d'où nous étions sortis. Tel est l'écart que fait aujourd'hui M. Devergie, et les partisans de son système. Car, que prouve ce chiffre de soixante mille malades guéris par la méthode physiologique, dans plusieurs années et sur tant de points du monde; d'où viennent ces observations? Quelle proportion minime en comparaison de ce que les anti-syphilitiques proprement dits ont guéri, aujourd'hui que cette cruelle maladie est si répandue dans nos populations.

Et puis, quelle garantie solide nous donne la méthode physiologique? Elle dispense les malades de l'incommodité et des désordres du mercure! Quant à l'incommodité, ce n'est point un reproche que l'on puisse faire aux préparations métalliques, aujourd'hui que leur emploi se fait sous les formes les plus multipliées et les plus aisées.

Quant aux désordres, si encore quelquefois ils ont lieu, ce n'est que dans les cas où il y a abus ou imprudence de la part du médecin ou du malade. Et encore, ces désordres seraient loin de pouvoir être mis en parallèle avec l'inconvénient de ces récidives que nous avons observées, lorsque dormant sur la foi d'un traitement anti-phlogistique les malades sont tout à coup étonnés de voir se manifester avec une intensité alarmante des symptômes consécutifs de syphilis.

Et ces bois sudorifiques, auxquels M. Devergie accorde une si grande prépondérance: pour nous prononcer sur leur efficacité, revenons à l'expérience, messieurs; et si quelquefois vous avez demandé à vos malades à qui vous administriez les boissons sudorifiques, s'ils suaient, vous devez vous rappeler que l'action de ces médicamens passait le plus souvent inaperçue, et que toutes ces décoctions, ces extraits, ces sirops ne produisent de diaphorèse bien sensible qu'autant qu'on veut bien attribuer à leur effet ce qui n'est dû qu'à des influences atmosphériques, à un exercice forcé ou à l'introduction d'une grande quantité de liquide dans les voies digestives.

Pourrions-nous croire aussi que le traitement physiologique ait l'avantage de prévenir les rechutes plus que les traitemens métalliques, lorsque les récidives que nous voyons tous les jours, après la première médication, nous ont porté à penser que la méthode anti-phlogistique appliquée aux maladies vénériennes diminuait bien l'intensité des symptômes, qu'elle faisait quelquefois disparaître entièrement, mais que la cause n'était pas détruite, qu'elle se généralisait et formait ainsi les affections dites constitutionnelles, héréditaires, pouvant se déclarer à toute époque de la vie, après une intermission plus ou moins grande des symptômes qui les caractérisent.

Toutes ces considérations établies, messieurs, la syphilis reste toujours pour nous une affection qui doit être classée hors de notre nosologie générale; et jusqu'à ce que de nouvelles doctrines basées sur une observation judicieuse et vraie, sur des expériences comparatives exactes, viennent modifier nos croyances, nous adoptons, pour ce qui a rapport à la nature de la maladie, les théories virulentes et toutes leurs conséquences; et pour ce qui a rapport au traitement, la spécificité de certaines préparations métalliques, telles que celles du mercure et de l'or. Nous leur reconnaissons une grande supériorité sur la méthode physiologique dont nous ne nions pas toutefois l'efficacité, pour combattre, dans certaines circonstances, l'intensité des symptômes.

Mais, messieurs, en rejetant les opinions de M. Devergie, nous heurtons aussi de hautes autorités médicales; car MM. Cullerier et Sanson, dans leur rapport, fait à l'Académie de médecine de Paris, ont adopté ses principes à quelques modifications près. Aussi, surpris de nous voir opposé par conviction aux rapporteurs de l'Académie, nous avons cherché une cause à cette opposition et nous avons pensé que l'Académie, ce sanctuaire de la science, se doit à son idole; souvent elle doit sacrifier ses croyances à son intérêt; elle doit se corriger et s'étendre partout où elle est défectueuse et limitée. Et en donnant une approbation, en quelque sorte provisoire, à des théories nouvelles, dont l'évidence est loin d'être constatée, elle encourage l'esprit d'innovation, établit un conflit d'opinions rivales dans une lutte scientifique; et là, chacun vient, avec sa moisson de faits, renverser des théories fausses et contribuer à faire de la médecine une science vraie, dépouillée de tout son entourage de suppositions et d'erreurs.

—

Lettre de M. le docteur Devergie *aîné, à MM. les médecins composant la Société de médecine de Niort.*

Messieurs et honorables confrères,

Agréez mes sincères remercîmens pour les encouragemens que vous voulez bien accorder à mes travaux. Conformément à votre conseil, *je persisterai à combattre les erreurs et les préjugés qui pullulent dans le domaine de la syphilis, et j'emploierai tous mes efforts pour concourir à diriger les esprits observateurs vers l'étude* particulière de ces graves maladies et de leurs moyens curatifs. C'est vous offrir une nouvelle preuve de ma disposition à remplir cette tâche difficile que de vous adresser ici, messieurs, les réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture du rapport que vous a fait M. le docteur Despièris, concernant mon Mémoire *sur l'origine, la nature et le traitement de la syphilis*, et dont vous avez eu l'obligeance de m'adresser une copie.

J'éprouve encore plus de regret que de surprise, de l'unanimité à laquelle a été adopté ce rapport peu favorable aux nouvelles doctrines. La contradiction d'un seul confrère dissident eût suffi, je m'en flatte, pour amener en la forme et au fond, des modifications indiquant plus sensiblement que les nombreux travaux publiés depuis plus de quinze années sur les maladies vénériennes, ne sont pas inconnus à Niort, encore bien qu'ils y aient produit peu de sensation.

J'arrive aux objections dirigées contre mes doctrines. Ce qui m'a d'abord frappé, sous ce rapport, messieurs, c'est la prétention de la part de M. Despièris de juger ma *Clinique de la maladie syphilitique, à l'occasion* d'un mémoire dont j'ai eu l'honneur de vous faire hommage. A la vérité, mon opuscule indique sommairement les principes développés dans mon ouvrage; mais comme ces principes ne sont jamais que les corollaires d'observations soigneusement discutées et réunies en faisceaux de preuves, la lecture préalable de l'ouvrage entier était nécessaire pour apprécier la justesse de ces corollaires qui épouvantent si fortement M. Despièris, dans l'intérêt de l'art et de l'humanité. Heureusement pour mon ouvrage, l'accueil favorable que lui ont fait l'Académie des sciences et celle de médecine, les souscriptions pour les hôpitaux d'instruction et les bibliothèques publiques, le dédommagent du peu de mérite que semble lui accorder un des médecins de Niort, peut-être sans l'avoir lu.

Les objections de votre rapporteur peuvent être réduites aux points suivans :

1° Insignifiance de l'histoire que j'ai faite de l'origine de la syphilis,

2° Confusion de ma part de la maladie avec le symptôme, de sa nature avec sa cause;

3° C'est une erreur de ma part de combattre la syphilis plutôt dans sa forme que dans son principe;

4° C'en est encore une de rejeter cette maladie de la classification de celles qui ont un virus pour cause, en la réputant simplement contagieuse.

Que M. Despièris ne s'y trompe pas, la question d'origine de la syphilis n'est pas d'une aussi pâle importance qu'il le pense, et si, en chronologiste exact, il avait étudié l'historique de cette maladie, il aurait reconnu avec nous *les succès bien constatés d'un traitement rationnel remontant aux premières époques de la science.* Il aurait vu : 1° que les auteurs anciens, médecins, législateurs, poètes, chroniqueurs et autres, depuis Moïse jusqu'au XIIe siècle (j'en pourrais citer un grand nombre), ne reconnaissaient pas d'autres causes aux ulcères de la verge et du vagin, que *les excès dans le coït, la malpropreté, et surtout la prostitution.* Pourquoi donc les causes qui donnèrent naissance aux maladies vénériennes dans les temps les plus reculés, comme l'admet le rapporteur lui-même, n'auraient-elles pas pu servir à leur propagation à des époques plus récentes, et ne continueraient-elles pas à les engendrer encore de nos jours dans certaines circonstances favorables à leur développement?

2° Que les auteurs du moyen-âge, avant la fameuse épidémie de 1494, à laquelle on attribue à tort l'origine de la syphilis, connaissaient les ulcères contagieux des parties sexuelles de l'homme et de la femme contractés à des sources impures, et tous se servent d'expressions non équivoques pour les désigner : *De ulceribus pudendorum ex coïtu cum fœdâ muliere, aut meretrice;* ou bien encore : *De ulceribus, de pustulis albis seu rubris et de fissuris et de eruptionibus vel hujus modi quæ fiunt in virgâ vel circà præputium, propter coïtum cum fœdâ muliere aut cum meretrice, aut aliâ causâ.*

3° Que tous ces médecins guérissaient ces ulcères et autres symptômes sans mercure, encore ignoré d'eux, et qui, plus tard, introduit dans la pharmacopée de ces temps, ne fut employé qu'en applications externes contre les maladies de la peau alors si nombreuses.

4° Que pendant les quarante années qui suivirent l'épidémie de 1494, les auteurs ne confondirent point les chancres et autres affections de la verge, avec la maladie régnante qui consistait en éruptions de grosses pustules, nommées par les Français grosse vérole, et par les étrangers mal français.

5° Que plus tard, quand on eut confondu tous les symptômes locaux et généraux comme appartenant à la même maladie, connue sous vingt et une *dénominations différentes;* quand le mercure fut employé comme un moyen général pour la guérir, les praticiens *ne faisaient jamais usage du traitement mercuriel interne que pour les symptômes consécutifs; ils traitaient les symptômes locaux soit avec les émolliens ou les préparations chimiques mercurielles appliquées sur le mal même.*

Au reste, je demande à notre honorable confrère Despièris la permission de le renvoyer aux auteurs anciens, où nous avons puisé ces documens, à ceux de la deuxième époque et aux écrivains contemporains.

Sans entrer dans une discussion physiologique sur les autres questions soulevées par M. le rapporteur, comme elles exigeraient un temps trop long pour les résoudre, je répondrai à notre honorable confrère :

1° En ce qui regarde la prétendue confusion que je ferais de la nature de la maladie avec la cause, que je distingue parfaitement la cause de la nature; mais que ce sont à mes yeux deux choses corrélatives et inséparables. Je ne connais pas de *maladie pouvant exister sans symptômes*, et je serais charmé d'apprendre comment et à quel signe on peut reconnaître la cause d'une maladie non indiquée par un symptôme.

2° Que nous pouvons souvent apprécier les causes des maladies contagieuses, mais que, jusqu'à présent, nous sommes encore dans la plus profonde ignorance sur leur nature, malgré les travaux et les observations d'hommes du plus haut mérite; qu'il est présumable que nous y serons encore long-temps, si nous n'y restons pas toujours; que ne connaissant pas et ne pouvant saisir l'élément particulier de chacune d'elles, je ne crois pas errer que d'engager avec d'honorables écrivains à détruire les effets, sans s'occuper de la poursuite aveugle de la cause. Se rendre esclave de l'axiôme préconisé par M. Despièris, *sublatâ causâ tollitur effectus*, c'est dès lors s'exposer à laisser subsister l'effet, faute de pouvoir atteindre sûrement la cause. Cet axiôme n'est donc pas applicable aux malades atteints de variole, d'hydrophobie et de syphilis et autres maladies contagieuses développées.

3° Que dans l'infection syphilitique, comme dans celle provenant du contact immédiat, il faut toujours considérer : 1° les circonstances

qui y prédisposent ou celles qui la développent; 2° le produit de la sécrétion morbide et son action sur nos tissus.

3° Qu'il est si vrai que la prédisposition *organique à l'irritation*, nécessaire pour contracter les maladies contagieuses, est indispensable également pour la syphilis, que c'est par elle seulement qu'on peut expliquer comment de deux individus soumis à la même cause, l'un échappe, tandis que l'autre se trouve infecté, principe parfaitement applicable à la contagion syphilitique.

4° Que le principe contagieux syphilitique n'admet pas plus de spécifique pour le détruire que les autres de même espèce, et qu'il peut être détruit sans traitement par les seules forces de la nature et sans retour.

5° Que la modification morbide qu'il produit dans l'économie, en un certain nombre de cas limités, qui constataient les affections secondaires, s'explique quelquefois par la diathèse générale, sans même qu'il soit permis d'avoir recours à la supposition d'un virus.

6° Que c'est peut-être sans y avoir réfléchi mûrement, que M. Despièris a écrit sa tirade sur l'analogie qu'il trouve entre la variole, le vaccin, la rage et la syphilis; tirade dans laquelle il prétend me réfuter victorieusement et me prouver que les maladies vénériennes doivent rester dans la section des maladies virulentes et ne pas appartenir à la deuxième division des maladies contagieuses.

7° Que s'il fallait raisonner comme M. le rapporteur, nous retomberions dans une confusion de langage et d'abstraction, propre à nous faire rétrograder vers l'époque où il existait vingt-quatre virus.

8° Qu'il est important de classer, autant que possible, les maladies contagieuses suivant les phénomènes qu'elles présentent.

9° Que ce que j'ai avancé pour la classification des maladies vénériennes est vrai, et que les symptômes variés qu'elles présentent les placent naturellement et sans effort dans la section des maladies contagieuses, et non dans celle des virus: et que c'est une grande erreur de dire que la *syphilis doit rester en dehors du cadre nosologique.*

C'est seulement dans le rapport que je combats que j'aurais pu apprendre que la vaccine et la variole se reproduisaient sous des *formes multipliées.*

J'avais toujours cru que chaque fois que de ces deux virus il ne résultait pas identiquement les mêmes symptômes, sous les mêmes formes et parcourant leurs périodes ordinaires, on regardait le premier comme *faux vaccin* et inutile, et que le second n'était plus considéré que *comme varioloide, varicèle, etc.;* que le vaccin devait toujours être le même, quelles que fussent les circonstances dans lesquelles se trouvait le sujet vacciné; que la variole seule variait d'intensité dans son développement, mais *jamais dans sa forme ni dans ses périodes.*

En est-il de même de la syphilis, si variée dans ses symptômes? Non certainement; non.

1° Elle ne se communique, comme beaucoup d'autres affections simplement contagieuses, que par le contact immédiat et jamais autrement.

2° Elle peut se développer, dans certaines circonstances, spontanément, c'est-à-dire sans être provoquée par la transmission du principe contagieux, mais toujours par le contact immédiat, qu'on peut appeler frottement, d'organes disposés aux irritations et qui jouissent d'une sensibilité exquise, et dont les fonctions semblent constituer une vie particulière de relation et de sympathie; point essentiel qu'on perd constamment de vue quand il s'agit du développement des maux vénériens.

3° Tous les symptômes groupés sous cette dénomination ne sont pas contagieux au même degré, parce que l'orgasme du coït imprime un caractère particulier à la contagion, nécessaire pour que les maladies contractées puissent se transmettre avec le même caractère.

4° On peut en admettre de dix-huit à vingt espèces, tant primitifs que secondaires ou consécutifs.

5° Un seul est susceptible d'une inoculation qui n'est pas toujours constante.

6° Lorsqu'ils sont devenus consécutifs, ils changent de nature et ne peuvent plus reproduire par inoculation ni d'aucune autre manière les symptômes primitifs, quoique cependant ils se puissent communiquer aussi par contact.

7° Y a-t-il ici la moindre analogie entre les virus vaccin et variolique, et les causes de la syphilis?

8° Peut-on également admettre un parallèle entre ces trois maladies et l'hydrophobie, qui, vrai poison animal, ne se développe que dans certaines circonstances et ne peut nullement se transmettre de la même manière que la variole et le vaccin? Aussi les travaux d'un médecin moderne tendent-ils à replacer la rage dans les maladies simplement contagieuses.

Voyons si c'est avec plus de raison que M. Despièris attaque le traitement simple et rationnel auquel nous donnons la préférence sur le traitement mercuriel général, tel qu'il était administré il y a encore dix années, et tel qu'il l'est encore dans certains hôpitaux de la France, même de la capitale.

C'est le propre de l'esprit de prévention, que de se refuser à l'évidence, quand même les faits les plus nombreux viennent parler d'une manière irrécusable. Le doute philosophique poussé jusqu'au point de regarder comme une proportion minime une statistique d'environ soixante mille malades traités dans de grands hôpitaux par des praticiens aussi consciencieux que distingués, sous les yeux d'un grand nombre d'élèves, ne tient compte de rien; et lorsqu'il se croit permis de demander d'où viennent ces observations, on se trouve partagé entre la foi respectable due à ces praticiens et le besoin de ne pas suivre l'interrogateur sur un terrain où il aurait déjà dépassé les bornes d'une polémique mesurée. Il ne m'est possible de la prendre au sérieux; aussi, je regarde la question comme échappée par inadvertance à la plume de M. le rapporteur, dans son enthousiasme à défendre, avec son virus favori, son précieux spécifique.

Il n'a pas assez médité mon Mémoire avant de poser cette question, il verra que j'y ai cité les *noms, les lieux et les dates*. Il oublie que tous les médecins par moi cités sont chefs de service dans de grands hôpitaux; que leurs talens sont reconnus, leur réputation médicale à l'abri de tout soupçon, et que la plupart d'entre eux, avant d'adopter d'une manière générale un traitement plus simple pour la syphilis, ne se servaient que du traitement mercuriel général, et que c'est par les maux interminables qu'ils voyaient se développer, quand le mercure ne guérissait pas, ce qui arrivait assez souvent, qu'ils se décidèrent à faire des essais comparatifs. Ils en furent si satisfaits, qu'ils abandonnèrent la méthode mercurielle générale.

M. Despièris aurait dû nous fournir un tableau des *récidives nombreuses* qu'il a observées à la suite de nos traitemens simples. Nous sommes devenus positifs; et malgré ce qu'il en pourra dire, nous voulons qu'on oppose chiffres à chiffres, pour ajouter foi aux récriminations de nos adversaires; jusque-là nous les dédaignons comme de banales généralités, dont notre expérience ne se peut contenter.

Ce que votre rapporteur annonce est si opposé à nos résultats, que nous avons besoin de ce genre de preuve pour nous convaincre.

En effet, nous avons tous constaté:

1° Que par la méthode mercurielle générale le traitement était plus long et sujet à plus d'inconvéniens que par la méthode simple et rationnelle;

2° Que par la méthode mercurielle générale, les affections étaient plus nombreuses et plus graves que par la méthode simple et rationnelle;

3° Que les affections consécutives, à la suite du traitement rationnel, exigeaient moins de temps pour guérir que celles survenues après le traitement par le mercure;

4° Que les affections des os devenaient beaucoup plus rares (à peine un sur cinq cents), depuis que le mercure n'était plus la base d'un traitement général;

5° Que l'emploi modéré du mercure, tout en déterminant moins d'accidens, ne préserve pas l'économie d'affections consécutives, qui dans certaines circonstances peuvent devenir générales;

6° Que depuis 1835 cette méthode simple prend chaque jour plus d'extension et est mise en pratique dans un grand nombre de villes, tant en France qu'en Angleterre, dans diverses contrées de l'Allemagne, en Suède, en Norwège et en Italie;

7° Que dans le traitement des affections consécutives l'usage *souvent seul* des sudorifiques suffit pour obtenir guérison, dans les cas où la plupart des praticiens administrent encore le mercure;

8° Que les dépuratifs indigènes unis au gayac sous forme syrupeuse, remplacent avec efficacité les autres bois dits sudorifiques. Ici je ferai observer, messieurs, qu'il est à présumer que la pratique de votre rapporteur ne lui offre pas souvent l'occasion d'avoir recours aux bois sudorifiques, car il aurait éprouvé que dans no climats et dans le nord de l'Europe, la modification imprimée sur nos organes par l'usage de ces bois exotiques ne porte pas sur le système dermoïde, ne procure que très rarement une diaphorèse remarquable, et que les urines seules offrent des signes non équivoques de leurs effets.

Je termine cette lettre en priant M. Despièris de me pardonner d'affirmer qu'il est dans l'erreur la plus grande sur le compte de l'Académie de médecine. Cette Société savante ne sacrifie pas sa croyance à son intérêt particulier; elle n'a d'autre intérêt que celui de la science; aucune approbation provisoire ne lui échappe, et les discussions qui ont souvent lieu dans son sein attestent assez que les opinions nouvelles et les conclusions de ses rapporteurs n'y sont jamais adoptées qu'après un examen plus ou moins approfondi, et sur l'assurance qu'elle n'aura pas plus tard à rétracter son suffrage. L'adoption des opinions des syphiliographes modernes par MM. Cullerier et Sanson, n'est donc pas un acte de pure complaisance; elle ne peut avoir été dictée que par une conviction intime, fruit de quinze années d'expériences comparatives, telles que M. Despièris semble en désirer.

J'engage notre honorable collègue à prendre connaissance des procès-verbaux du congrès de médecine de Nantes, tenu au commencement du mois de juillet, et auquel j'ai eu l'honneur d'être admis; il s'assurera que du choc des opinions émises de bonne foi jaillit la lumière, et que malgré leur prédilection pour le virus et le mercure, la plupart des médecins de cette grande ville ne dédaignent pas nos innovations; ils n'administrent plus les préparations mercurielles qu'après avoir employé plus ou moins long-temps le traitement simple; déjà, dans un de leurs grands établissemens publics, tous les symptômes primitifs et secondaires sont traités par ce traitement, et les accidens consécutifs ne reçoivent que les sudorifiques et des doses minimes de mercure.

Je sais, Messieurs, que cette lettre se prolongerait beaucoup encore, sans que je pusse épuiser, sous tous les aspects, les objections soulevées par votre rapporteur. Tel est le sort de toutes les lettres sur les matières de notre art susceptibles de longues controverses. Aussi, mon unique intention a-t-elle été de vous convaincre que j'ai été jugé à Niort, seulement, sur ce que j'appellerai un exposé incomplet des nouvelles doctrines dont je me glorifie d'être l'apôtre.

Recevez, Messieurs et honorables confrères,

DEVERGIE aîné, D. M. P.

Le Directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° IX. — MARS 1836.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. De l'électricité considérée comme moyen thérapeutique.

Historique de l'électricité.

La science de l'électricité a été mal comprise et mal exposée dans tous les traités de physique, *sans exception*, qui ont paru jusqu'à ce jour, et l'application de cette science comme moyen thérapeutique a encore été plus mal faite.

Le mot *électricité* vient d'ἤλεκτρον (électron), par lequel les Grecs avaient désigné l'ambre jaune (succin) substance résineuse qui, étant frottée, acquiert une propriété attractive bien manifeste.

Gilbert, médecin anglais, vivant au commencement du dix-septième siècle, observa que cette propriété attractive n'était pas bornée au succin, mais que beaucoup d'autres substances, et plus particulièrement les résines, acquièrent aussi cette vertu attractive au moyen du frottement (1). Boyle vint bientôt après et constata qu'en chauffant et essuyant bien les corps dits *électriques*, avant de les soumettre au frottement, on rendait cette propriété attractive plus énergique, et que par ce procédé des *traînées lumineuses* se manifestaient et étaient d'autant plus sensibles que la force d'attraction était plus évidente. Jusqu'alors il ne fut tiré aucun parti de cette découverte.

Otto de Guericke, contemporain de Boyle, inventa la machine à mouvement de rotation, qui a été perfectionnée depuis par les Allemands, et qui sert à déterminer un frottement plus ou moins rapide et facile à exécuter. Au moyen de cette machine, il produisit l'étincelle et le pétillement électrique, et constata que l'attraction était constamment suivie de répulsion.

En 1675, Newton soupçonna la décomposition du fluide naturel en deux fluides opposés, mais n'en découvrit pas les lois.

Au commencement du dix-huitième siècle, Hauksbée publia le premier traité d'électricité, relatant les découvertes de ses devanciers.

En 1729, Grey classa les corps susceptibles de développer l'électricité par le frottement, et découvrit la propriété *isolante* de certains corps et la faculté *conductrice* de certains autres.

En 1732, Du Fay, membre de l'Académie des sciences de Paris, découvrit l'existence de deux fluides opposés, et établit la loi d'attraction et de répulsion, par opposition des deux fluides décomposés.

C'est de là que nous sont venues les dénominations impropres de fluide vitré et de fluide résineux (1), auxquelles on a substitué celles de fluide positif et de fluide négatif qui ont entraîné à de si déplorables erreurs et de si blâmables divagations ceux qui se sont mêlés d'introduire l'électricité dans l'art médical, depuis l'abbé Bertholon jusqu'aux guérisseurs de nos jours.

1746 donna naissance à la théorie d'accumulation des deux fluides, l'un par l'autre, au moyen de l'appareil nommé bouteille de Leyde, du lieu où la découverte fut faite; mais ce fut Franklin qui contribua le plus à établir cette théorie, et qui lui donna une grande extension en l'appliquant aux phénomènes atmosphériques de production de la foudre. La science de l'électricité prit encore depuis une extension plus considérable, et fut appliquée par divers académiciens à presque tous les phénomènes de la nature; on a attribué à l'électricité la végétation des plantes, la production de tout mouvement et jusqu'au principe vital des animaux, l'attraction et la gravitation des planètes.

Il n'est pas de notre objet de nous élancer dans le champ des hypothèses; mais on concevra qu'avec de tels principes, l'électricité introduite dans le domaine de la médecine devait faire germer dans des têtes exaltées les idées les plus extravagantes sur les résultats curatifs à obtenir, et le physicien médicastre ne se croyait pas moins qu'un Prométhée, distribuant à son gré les forces vitales, infusant, saturant de principe de vie les corps qui en manquaient, ou le soutirant à ceux qui le recélaient en excès. Heureusement que les succès ne répondant pas à l'exagération des promesses et des espérances, ont fait justice du charlatanisme que toutes ces hypothèses avaient enfanté; mais à côté de la justice s'est trouvé l'abus, et les médecins probes les plus distingués ont souvent cru que puisque toutes les espérances qu'on s'était proposées ne s'étaient pas réalisées, il fallait tout nier; que si on n'augmentait pas les forces vitales à volonté avec un agent qui produisait des effets si terribles et promettait de si grands résultats, si on ne guérissait pas toutes

(1) *De Magnete*, traité latin, publié en 1600.

(1) Le fluide est vitré sur la peau de chat lorsqu'elle frotte le verre, et celui-ci s'empare alors du fluide résineux. Beaucoup de corps non résineux s'emparent du fluide dit résineux, lorsqu'ils sont frottés avec le verre; donc la dénomination est inexacte.

les paralysies, si on ne relevait pas toutes les asthénies, il fallait rejeter toute efficacité curative. Avec une telle logique, il faudrait repousser tout remède qui aurait manqué une seule fois l'effet qu'on en avait attendu, c'est-à-dire nier toute la matière médicale.... N'est-il donc pas plus rationnel de penser que le remède a pu être mal appliqué, soit intempestivement, soit d'après une théorie erronée? Les nombreux succès qui justifient le bon emploi de l'électricité en médecine, en même temps que les insuccès observés dans d'autres circonstances, ne doivent-ils pas faire penser qu'il pourrait y avoir vice dans la théorie ou dans l'application? Il y a en effet vice, et dans la théorie et dans l'application; car la théorie est mal faite et erronée, et l'application a presque toujours été faite par des physiciens ignorans en médecine ou des médecins ignorans des lois de la physique. Le système nerveux lui-même, sur qui seul on peut diriger efficacement l'agent thérapeutique électrique, est à peine connu, et ne l'est que depuis peu: c'est donc une médication toute nouvelle.

Théorie.

Pour expliquer tous les phénomènes appréciables de l'électricité, on a eu recours à une théorie très compliquée: on a supposé l'existence d'un fluide *naturel* à l'état latent et qui ne manifestait sa présence qu'à l'état décomposé. On a admis que ce fluide était répandu universellement, et qu'on pouvait le *soutirer* des corps ou l'y *introduire* en excès. La science mieux étudiée a prouvé que les excès d'électricité ne s'introduisaient pas dans l'intérieur des corps, mais revêtaient l'extérieur de ces corps quand ils étaient ce qu'on a nommé *conducteurs*, et que cet excès y était maintenu par des corps environnans, non conducteurs, qu'on a aussi appelés *isolans*. On ne *soutire* pas non plus l'électricité de l'intérieur des corps, mais on retire l'excès de la surface où le fluide s'était accumulé, en présentant à proximité un excès de fluide contraire, comme il sera dit tout à l'heure, pour effectuer le départ du fluide en excès, et opérer ce qu'on appelle la *décharge électrique*.

Quelques physiciens modernes, d'après cette observation de la non introduction du fluide électrique dans les corps et de son maintien aux surfaces, ont pensé que l'électricité n'était pas répandue dans les molécules, mais occupait les interstices moléculaires.

Cette doctrine hypothétique d'introduction et de soustraction de fluide électrique, par rapport aux corps, jointe à cette autre hypothèse que l'électricité est la même chose que le fluide nerveux ou le principe vital, ont fait divaguer à perte de vue les soi-disant physiologistes, qui ont prétendu que toutes les maladies dépendaient de l'électricité en trop ou en défaut, dans les corps vivans; que toutes les affections sthéniques ou asthéniques devaient tout naturellement être traitées par l'électricité *positive* et la *négative*; car il y a des conteurs de sornettes en physique et en médecine, comme il y en a en littérature; et ces conteurs font accroire aux malades que l'électricité *positive* leur infusera des forces vitales et remédiera à toutes leurs faiblesses corporelles; tandis que l'électricité *négative* détruira les inflammations, les convulsions, les douleurs et toutes les irritations.....

J'ai vu moi, le physicien médicastre Girardin, faisant métier de guérir, à l'abbaye Saint-Germain, me soutenir avec un aplomb scientifique imperturbable, qu'il guérissait infailliblement toutes les inflammations et irritations quelconques, avec la méthode *négative*, tandis que tous les paralytiques, les scrofuleux, les hydropiques, les affaiblis, les mourans, il leur administrait des forces par la méthode *positive* (1), pourvu qu'ils missent le temps convenable à l'achèvement du traitement, et que surtout ils payassent d'avance, pour s'assurer qu'ils ne se dégoûteraient pas et achèveraient de se guérir; et en me tenant hardiment ce langage, avec la jactance qu'on lui a connu, il dirigeait sur des malheureux couverts de furoncles, et sur ces furoncles déjà excessivement douloureux, des commotions qui arrachaient des cris déchirans à ces pauvres patiens, en leur promettant une prompte guérison. La même chose advenait pour des érysipèles, des douleurs articulaires avec rougeur et gonflement.

Dans ce temps-là (1817), je m'occupais déjà de recherches consciencieuses sur les maladies nerveuses, en général si mal traitées, et sur les moyens de guérison. La cure que j'obtins, en 1815, à l'hôpital de Montaigu, du fameux cataleptique que tous les médecins de Paris virent à cette époque, m'avait inspiré le désir d'étudier cette partie de la physiologie et de la médecine qui concernait le système nerveux, et d'écarter quelques unes des ténèbres qui couvraient sa thérapeutique; car c'était réellement, comme elle l'est encore, la portion la moins avancée de la science; et sachant que l'électricité était un des excitateurs directs des nerfs, de la sensibilité et du mouvement, j'adressai quelques malades à Girardin, n'ayant pas alors de cabinet de physique à moi; mais lorsque je voulus observer par moi-même et diriger le traitement par les mains du physicien, je ne pus y parvenir; ses hérésies en physique et en thérapeutique, sa jactance brouillonne et l'administration de purgatifs qu'il se permettait, pour, disait-il, évacuer les humeurs que l'électricité détachait journellement, rendirent infructueuses mes observations, et dès lors, je pris le parti de monter chez moi un cabinet d'instrumens de physique et d'en confier le maniement opératoire à un jeune médecin, qui, ayant étudié sous mes auspices la physique, la physiologie et la pathologie du système nerveux, pût me seconder et n'agir strictement que d'après nos études et nos résultats. C'est ainsi que je suis parvenu à élaguer de la physique, appliquée au traitement des maladies, toutes les absurdités qui l'en-

(1) D'autres guérisseurs, se croyant beaucoup plus raisonnables, n'admettent pas la puissance positive, ni la puissance négative du remède; mais ceux-là *introduisent* l'électricité qui, selon eux, manque dans les corps malades, et *soutirent* l'électricité qui peut y occasioner des ravages.

croûtaient, et que l'électricité, le galvanisme, les procédés magnétiques, l'acupuncture, l'électropuncture, l'action du calorique, la réfrigération, tous les modificateurs dermiques et sous-dermiques, les puissances *sur-musculaires* (dépressifs, compressifs, tracteurs, etc.) ont formé entre mes mains un corps de science thérapeutique, tout aussi positif que les spécifiques médicamenteux; mais il a fallu, pour cela, bien des travaux; il a fallu combattre et détruire bien des erreurs, et chercher à les remplacer par des vérités, et ce n'est pas sans avoir souvent tâtonné, que je suis arrivé à des résultats satisfaisans. Il faudrait des volumes pour raconter toutes les erreurs qu'il a fallu détruire, et tous les points de la science qu'il a fallu recréer. J'abandonnerai donc cette tâche, et ne m'occuperai que de dire ce qu'il faut, pour l'intelligence de la matière, laissant à ceux qui voudront des explications minutieuses le soin de rechercher, comme je l'ai fait, les moyens d'arriver aux résultats auxquels je suis parvenu et que je vais exposer.

Principes.

1° L'électricité n'est appréciable que par une action quelconque, soit le frottement, soit le contact, soit les variations de température, les mélanges chimiques, les affinités, les dégagemens moléculaires, etc.; donc il faut admettre que les phénomènes électriques sont *produits* par le mouvement.

2° Dans l'état d'immobilité parfaite, il n'y a aucune manifestation d'électricité.

3° Le frottement de deux corps de matière différente, est le plus puissant moyen de production d'électricité.

4° Certains corps étant frottés, sont plus aptes à produire l'électricité que d'autres: ainsi, le verre poli, frotté avec des coussins de cuir enduits d'or mussif.

Les résines frottées avec la peau de chat, de lièvre, la flanelle, la soie, dégagent ou séparent deux fluides qui semblaient être combinés, et qui, à l'état de combinaison, ne manifestent aucun effet, étant dans une quiétude parfaite; mais qui, séparés l'un de l'autre par le frottement, s'attachent l'un à la surface du corps frotté, et l'autre à celle du corps frottant.

5° Il y a des corps moins aptes, étant frottés, à produire la séparation des fluides, et les moins aptes de tous sont les métaux.

Entre ces corps anélectriques et les corps électriques mentionnés au paragraphe précédent, il est une foule de corps intermédiaires, c'est-à-dire plus ou moins susceptibles de dégager les fluides de leur combinaison naturelle par le frottement.

6° Les corps les plus susceptibles de dégager les fluides électriques par le frottement, sont aussi les moins susceptibles de les conserver et de leur laisser parcourir leur surface; c'est pourquoi ils ont reçu le nom de non-conducteurs ou isolans; tandis que les corps les moins susceptibles de séparer les fluides par le frottement, s'emparent facilement de ces fluides à leur surface, qu'ils parcourent instantanément dans toute leur continuité; et pour cela, ils ont été nommés conducteurs de l'électricité. Ainsi, les corps sont bons ou mauvais conducteurs, selon qu'ils s'emparent des fluides électriques décomposés ou refusent de les admettre à leur surface; ils sont par la même raison plus ou moins propres à servir de corps isolans.

7° Les meilleurs conducteurs de tous sont les métaux polis; viennent ensuite les non polis, puis les corps animaux, l'eau; et enfin, les autres corps de la nature à différens degrés.

8° Les meilleurs corps isolans sont le verre et les résines; puis, les substances cornées et grasses, l'air sec, la soie, puis la laine et d'autres corps à différens degrés.

9° Une machine électrique, composée d'un plateau de verre et de coussins frottans, étant mise en mouvement, les deux fluides combinés se séparent: l'un d'eux s'attache à la surface du plateau; l'autre à la surface des coussins, et les conducteurs placés à proximité s'emparent de l'un et de l'autre; ces fluides circulent, chacun de leur côté, tant qu'ils trouvent de surface conductrice à parcourir; mais ils s'arrêtent là ou ils trouvent des corps isolans, et se maintiennent en échec, c'est-à-dire s'influencent mutuellement à travers les corps isolans.

10° Il est de la nature de ces fluides de s'influencer par attraction, lorsqu'ils sont d'espèces différentes; et par répulsion, lorsqu'ils sont identiques (toujours, lorsqu'un corps isolant est interposé), sans quoi ils se combinent.

11° Si donc l'un des fluides dégagé par le frottement s'accumule sur un conducteur isolé, il agit incessamment par attraction, à travers le corps isolant, sur le fluide contraire, qui tend à s'accumuler en quantité égale de l'autre côté de l'obstacle; et si par la force d'accumulation l'obstacle peut être rompu, il y a *décharge*, c'est-à-dire *départ* des fluides, qui se précipitent l'un vers l'autre, pour rétablir l'équilibre, par la combinaison des fluides violemment séparés; en d'autres termes, par la recomposition du fluide naturel, qui avait été décomposé en deux fluides contraires et accidentels.

12° Cette influence continuelle des fluides séparés, en vertu de la loi d'attraction, fait qu'ils ne peuvent rester séparés et accumulés long-temps; ou ils rompent l'obstacle avec violence pour se combiner, ou ils se combinent en s'échappant en parcelles insensiblement, et pour ainsi dire moléculairement, car il n'y a pas de corps isolant parfait; l'air, toujours chargé de parcelles d'humidité, sert de conducteur insensible, et c'est par des milliers de points que les fluides violemment séparés se rejoignent et se reconstituent dans l'état naturel, si l'épaisseur ou la masse du corps isolant est trop grande pour être déchirée et rompue par la jonction.

13° Toutes les fois qu'il y a *reconstitution* avec violence, il y a *choc*, ressenti de part et d'autre par les surfaces où les fluides étaient accumulés; ce choc repousse les corps mobiles, et s'il vient à s'effectuer sur le corps animal, il fait ressentir de la douleur aux nerfs de la sensibilité et fait contracter les fibres des organes auxquels se rendent les nerfs du mouvemen qu'il peut avoir atteint.

14° L'électricité n'ayant jamais donné ni plus d'esprit, ni plus d'âme, ni plus ni moins de sentiment aux individus qui ont été soumis à son influence; mais l'électricité ayant guéri des paralysies, ayant remédié à des faiblesses dans le mouvement, ayant fait disparaître l'insensibilité, dissipé des engorgemens chroniques, facilité des sécrétions et des fonctions soumises à des mouvemens (toutes choses bien reconnues), et les chocs électriques faisant ressentir de la douleur, opérant des contractions involontaires et malgré la volonté, il est clair que cet agent modifie ou influence les nerfs du mouvement et de la sensibilité, et qu'il n'a aucun effet sur les opérations de l'esprit, sur aucune des manifestations de l'âme, autre que la sensibilité et la contractilité, c'est-à-dire sur des propriétés de tissu.

D'après les principes ci-dessus, rapidement exposés, on doit inférer que dans l'application de l'électricité à la médecine, il ne peut être question d'*introduction* de fluide, pour, soi-disant, augmenter les forces vitales, non plus que de *saturer* d'électricité l'intérieur ou la surface du corps. Ce qu'on a donc dit de l'électricité par bain, ne peut avoir d'effet sensible, et c'est perdre son temps que de vouloir traiter aucune affection de cette manière. Il faut des chocs; eux seuls ont de l'effet sur la sensibilité et la contractilité; et c'est dans leur plus ou moins de force, leur plus ou moins fréquente répétition, et dans la direction qu'on leur imprime, et le lieu sur lequel on opère, que consiste la méthode curative des affections susceptibles d'être traitées par l'électricité.

Application.

On s'est beaucoup exagéré le danger des commotions électriques; l'idée que la foudre n'est qu'une décharge électrique, celle de batteries capables de tuer un bœuf, celle d'appareils galvaniques, qui mettent en fusion le diamant, et rougissent instantanément un barreau de fer, portent l'effroi dans l'imagination. Et cette terreur semble dominer quelques médecins, quand on propose d'électriser des personnes d'une complexion délicate, ou facilement irritables; ils ne réfléchissent pas que les appareils qui produisent la foudre, qui tuent un bœuf, fondent le diamant et brûlent le fer, sont d'une si gigantesque proportion, que nos appareils à traitement n'en sont en quelque sorte que le simulacre ou l'échantillon. Et puis ce choc électrique, quelque petit qu'il soit, a quelque chose de si inattendu, de si saisissant et de si subit, qu'il inspire malgré soi de la crainte et de la terreur; mais en réalité, il produit bien moins de désordre qu'on ne se l'imagine; et les individus les plus impressionnables s'y font facilement, après quelques jours d'usage. Les seuls cas que je connaisse où les commotions électriques seraient dans toute acception nuisibles, sont ceux d'inflammation avec fièvre; hors cette exception, jamais il ne peut y avoir d'inconvéniens. Je ne prétends pas dire que dans tous les autres cas les commotions électriques soient avantageuses, je dirais une absurdité; mais je dis qu'elles ne peuvent avoir de résultats nuisibles, à moins d'être excessives.

J'ai vu des convulsions et des douleurs nerveuses très intenses guéries par des commotions électriques et des secousses galvaniques; et toutes les névralgies qui se guérissent ainsi ne permettent pas de considérer ces agens physiques comme de simples excitans ou irritans, qui n'ont d'autre effet que d'augmenter la vitalité. Il faut bien admettre là une action modificatrice, ou si l'on veut, une perturbation. Tous ces nerfs, dont le mode de vitalité est devenu vicieux, en occasionant la convulsion ou la douleur, ne se trouvent-ils pas en quelque sorte heurtés et secoués dans leur manière d'être anormale, par les chocs réitérés qu'on leur imprime; et forcés de revenir à leur état fonctionnel habituel en vertu de cette loi : que tout organe a ses fonctions et *sa destination*, desquelles il ne peut sortir que par le *désordre;* et lorsqu'on a détruit les causes de ce désordre, tout reprend la marche primitive et *voulue* par sa *destination*. C'est là, je crois, le secret de toute thérapeutique, et ce qui donne l'explication de remèdes qui paraissent contradictoires concourant au même but. Toute la médecine n'est peut-être qu'une perturbation! combattez le *mode d'être* vicieux d'un organe, de manière à ne le pas jeter dans un autre mode d'être vicieux, mais seulement en détruisant le mal : les organes déviés de leur harmonie fonctionnelle, y reviennent par la force même de leur *destination*, et tout rentre dans cet équilibre de santé qui est selon la nature. Je ne considère donc pas l'électricité comme un *irritant* des nerfs, mais comme un modificateur qui, agissant puissamment et directement sur les cordons nerveux, demande seulement à être bien employé.

De toutes les maladies, celles qui peuvent obtenir un plus grand secours de l'administration de l'électricité, sont les déviations à l'état normal par défaut. Les paralysies et les faiblesses dans le mouvement, ainsi que l'obtusion dans la sensibilité, doivent tenir le premier rang; viennent ensuite les aberrations sans exaltation, puis les aberrations avec exaltation.

Les paralysies se divisent en celles du mouvement et celles de la sensibilité.

Celles du mouvement offrent des nuances et des variétés très nombreuses.

Lorsque la lésion ne regarde que des filets ou des cordons nerveux, l'action n'est abolie ou enrayée que dans une partie du corps correspondante à la distribution de ces rameaux; ainsi un ou plusieurs doigts, une main, un pied, une jambe ou un avant-bras, ou tout un membre, peuvent perdre leur mouvement par la lésion locale des nerfs. Le diagnostic étant bien établi, c'est sur les portions de nerf lésées qu'il faut *exclusivement* diriger les chocs électriques.

S'il y a paraplégie, il est probable que la lésion ne se borne pas aux cordons nerveux, mais que la portion lombaire de la médule spinale est affectée.

S'il y a hémiplégie, il est à présumer que la lésion occupe toute la moitié de la moelle épinière du côté paralysé. Dans ce cas, il faut électriser le long de la colonne vertébrale, et sur toute la moitié du corps paralysée.

Il peut y avoir perte de forces musculaires, ou perte de volonté pour effectuer le mouve-

ment ; ainsi les jambes peuvent ne pouvoir soutenir la masse du corps, ni opérer de mouvement dans la station; tandis qu'elles agissent très bien dans l'attitude assise ou couchée. Dans ce cas, la lésion occupe la moelle spinale, le cerveau est intact; mais dans le cas où il n'y a ni volonté ni possibilité d'action dans aucune situation, et que le membre est comme une masse morte, il y a lésion spinale et cérébrale en même temps; le cas est grave. Mais si la lésion est récente, la cure peut encore se tenter; l'électricité doit être dirigée sur la moelle et le cerveau; mais il faut y joindre d'autres moyens.

Il y a des faiblesses musculaires partielles ou étendues à différens degrés, et qui, si elles ne sont pas liées à une inflammation viscérale, dépendent de lésions plus ou moins profondes des cordons nerveux, de la médule spinale, ou même du cerveau. Tous ces cas ayant été soigneusement diagnostiqués, peuvent retirer de grands avantages de l'administration de l'électricité. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans les détails qui concernent ce diagnostic, quoiqu'il soit la boussole du traitement. Il y a des cas d'aberration du mouvement qui ont été classés parmi les paralysies : ce sont ceux où il y a perte de l'*équilibration* et perte de précision dans les mouvemens volontaires. Ces cas, qui dépendent de l'inégalité de forces répandues dans les muscles *antagonistes*, ou de la lésion du centre cérébral d'*équilibration*, doivent aussi être bien diagnostiqués, et ne se guérissent pas par l'électricité seule.

Les pertes d'action des sphincters de la vessie et du rectum, celles du col de la matrice dans l'accouchement, dépendent presque toujours de la lésion de la *queue de cheval* (*cauda spinalis*), et peuvent être traitées par l'électricité, sur la région lombo-sacrée; mais il est rare qu'il ne faille pas y joindre le galvanisme.

Les lésions musculaires gastro-intestinales sont rarement modifiées par l'électricité; le galvanisme revendique ici entièrement les lésions par défaut de ces organes.

Les plans musculeux du cœur sont absolument hors du domaine de l'action des agens physiques; mais les tissus glanduleux peuvent jusqu'à un certain point être modifiés par eux. Ainsi l'appareil ganglionnaire, qui semble être soustrait à l'action de l'électricité comme du galvanisme (1), ne l'est pourtant pas dans ses expansions intra-glandulaires et sécrétoires; car on guérit très bien des engorgemens glandulaires, scrofuleux ou autres, à l'aide de l'électricité, et encore mieux à l'aide de l'électropuncture.

Quant aux affections convulsives, il y a ici désordre de mouvemens sans affaiblissement d'action nerveuse, qui semble au contraire augmentée. Tous les cas de convulsions sont bien moins du domaine de l'électricité que de celui du galvanisme et des compressions, en y joignant la puissance médicatrice spéciale appropriée, le repos, etc.

Les paralysies de la sensibilité demandent l'emploi de l'électricité, dirigée spécialement sur la peau par une succession rapide de petits chocs produisant l'effet de frictions.

Lorque ces paralysies sont partielles, les lésions n'affectent ordinairement que les nerfs cutanés; lorsqu'elles sont étendues ou générales, elles peuvent occuper la face postérieure de la moelle spinale, quelquefois même le cerveau; mais il est rare que dans ce dernier cas il n'y ait pas concurremment perte du mouvement. Cette perte de la sensibilité peut non seulement affecter la finesse du tact, mais rendre insensible même au froid, à la chaleur, à la brûlure, aux dilascérations; d'autres fois il y a plutôt aberration que perte essentielle de sensibilité : on ressent dans ce cas un engourdissement ou un fourmillement, à travers lesquels le tact cependant est assez bien conservé.

Dans tous ces cas, l'électricité dirigée en très petites étincelles, se succédant rapidement sur la peau, peut rétablir très bien l'habitude normale.

Mais il est une autre série de phénomènes tenant à l'exaltation de la sensibilité : ce sont les douleurs de toute espèce.

Celles qui sont le résultat de l'inflammation ne peuvent être guéries par l'électricité. Il en est de même pour celles qui dépendent d'une plaie, d'un ulcère, d'une carie, d'une tumeur sur le trajet d'un nerf ou dans le nerf même; ces cas appartiennent à la chirurgie.

Les fortes douleurs musculaires enchaînent nécessairement l'action ou le jeu des muscles, et font croire à la paralysie du mouvement ceux qui ne tiennent pas compte de cette immobilité *forcée* par douleur, laquelle, à la moindre tentative, commande impérieusement l'inaction. Ici la percussion musculaire douce (espèce de massage avec des battoirs), lorsque la douleur est aiguë, et les chocs électriques, autant qu'ils puissent être supportés, sont les moyens les plus efficaces; on peut y joindre avantageusement les bains d'étuves. Les douleurs articulaires ont aussi été traitées de cette manière avec un très grand avantage.

Les névralgies obtiennent en général beaucoup plus de succès du galvanisme dirigé immédiatement sur les rameaux ou expansions des nerfs lésés, au moyen d'aiguilles fines (électropuncture), que de l'électricité.

En 1824 et 1825, époque à laquelle je publiai pour la première fois mes travaux sur l'électro-puncture, je croyais que *toutes* les lésions du mouvement devaient se traiter par l'électricité, et *toutes* celles de la sensibilité par le galvanisme; aussi pratiquais-je alors l'électropuncture au moyen de l'électricité, et l'électropuncture au moyen du galvanisme; c'est-à-dire que les aiguilles, implantées de manière à avoisiner ou même traverser les nerfs (1), servaient de conducteur au choc électrique, ou à l'*aura* galvanique. Mais l'expérience a rectifié depuis mes opinions à cet égard. Le choc électrique est presque aussi bien reçu lorsqu'il frappe la peau qui avoisine les nerfs lésés, que lorsqu'une aiguille le transmet immédiatement; il n'y a

(1) Je dirai autre part que le galvanisme est tout différent de l'électricité sous le rapport thérapeutique.

(1) En se servant d'aiguilles très fines d'or ou de platine, et opérant avec précaution et lentement, il ne résulte jamais d'accidens de la piqûre des nerfs.

d'exception que pour les nerfs très profonds. Tandis que le galvanisme doit *toujours* être *conduit* par des aiguilles, à moins qu'on n'agisse sur des parties dénudées; attendu que l'épiderme est un corps isolant qui ne devient bon conducteur (du fluide galvanique) que lorsqu'il est enflammé. J'ai donc dû abandonner l'emploi des aiguilles dans les applications d'électricité, et les réserver exclusivement pour l'administration du galvanisme.

J'ai dit que je considérais l'électricité comme applicable aux lésions du mouvement, et le galvanisme comme propre à remédier aux lésions de la sensibilité : cela est vrai en général, mais cela n'est pas absolu. Ce sont les lésions des grands muscles et des masses musculaires qui subissent une modification avantageuse au moyen de l'électricité; tous les petits muscles, ceux des mains, des pieds, des organes génitaux, du cou, et surtout ceux de l'expression faciale, même souvent les muscles inspirateurs, reçoivent en général leur plus grande modification de l'action galvanique. Je possède à cet égard une foule de faits extrêmement intéressans que ce n'est pas ici le lieu de rapporter. Quant aux lésions de sensibilité, j'ai déjà dit plus haut que les douleurs musculaires et articulaires, les pertes de sensibilité de la peau, et même les aberrations qui se manifestent sous forme de fourmillement, de torpeur, etc., ne pouvaient efficacement être traitées par l'électricité; mais ce n'est qu'en tant que les expansions nerveuses ou les centres seront le siége de la lésion qu'on veut combattre; car lorsqu'il s'agit des cordons nerveux, troncs, bronches ou rameaux, c'est aux aiguilles et au galvanisme qu'il faut recourir. J'ai cependant observé que les lésions de sensibilité des expansions, dans des parties circonscrites, étaient traitées avec plus d'efficacité par le galvanisme et les aiguilles que par l'électricité : est-ce parce que ces lésions circonscrites sont attaquées plus vivement et plus directement par l'*agent*, lorsqu'il est ainsi conduit immédiatement sur le point malade, et que l'affection morbide cède alors plus facilement, par la raison qu'elle est circonscrite et limitée à une petite partie? Cela est très plausible : toujours est-il que la modification dans les lésions peu étendues résulte plutôt de l'application du galvanisme que de l'électricité; tandis que si l'on a à traiter une lésion étendue, il faut avoir recours à ce dernier agent, soit seul, soit concurremment avec le galvanisme. Il est une foule de nuances dans les lésions du mouvement et du sentiment, où il faut préférer l'un de ces agens à l'autre, et varier leur mode d'action. Ainsi il n'est pas indifférent de combattre telle ou telle affection au moyen d'une cuve galvanique aiguisée par un acide quelconque; car tel acide produit tels effets, et tel autre tels autres effets. Mais je ne puis entrer dans ces détails ici; et d'ailleurs cet article n'étant consacré qu'à faire connaître l'emploi thérapeutique de l'électricité, ne peut contenir de considérations particulières sur le galvanisme, qui ne peut être ici mentionné que généralement, et dans ses rapports comparatifs d'efficacité avec l'électricité.

Je dois dire un mot concernant les lésions des expansions nerveuses et des nerfs viscéraux. On sait que c'est la paire des nerfs pneumo-gastriques qui donne la sensibilité, toutes les sensations et même le mouvement (1) aux organes pulmonaires et digestifs : ce ne peut donc être qu'en établissant l'action *modificatrice* par courant, du tronc de ces nerfs à leurs expansions, qu'on peut espérer des résultats heureux; aussi est-ce par le galvanisme qu'il convient d'attaquer l'aphonie, l'asthme, les gastralgies, l'inappétence, la boulymie, la dispepsie et toutes ces variétés d'aberrations gastriques qui tourmentent soit les hypocondriaques, soit les individus d'une faible constitution dont les fonctions digestives se trouvent altérées.

Les affections nerveuses intestinales, vésicales, rénales, hépatiques, ne paraissent pas devoir être traitées efficacement par l'électricité.

Les appareils des sens aberrés dans leurs fonctions sont peu susceptibles, selon moi, d'être traités par l'électricité, si ce n'est le tact qui reprend son état normal sous l'influence des frictions électriques; les muscles servant à la direction du globe de l'œil, traités avec de petites aigrettes, lorsqu'ils ont perdu leur ressort (2). Je n'ai jamais dirigé l'électricité contre les aberrations de l'olfaction, et ne puis en parler; j'ai tant de fois échoué contre la surdité, le tintouin, la paracousie, etc., que je suis tenté de croire que tous les auteurs qui ont rapporté de si belles cures des maladies de l'oreille, à l'aide de l'électricité, sont tombés dans l'exagération; et je suis fâché que ce jugement touche Mauduit, qui est cependant regardé comme l'homme le plus consciencieux et le plus probe en fait de traitement électrique; peut-être ai-je été moins heureux que lui dans les cas qui me sont tombés sous la main. MM. les docteurs Andrieux et Fabré-Palaprat rapportent aussi des exemples de cures; ce qui ôte à mes observations de leur valeur. Quant à ceux qui annoncent leurs cures merveilleuses en prospectus, on sait ce que cela vaut, et je ne leur fais pas l'honneur de les citer.

Je manquerais à la vérité cependant si je ne reconnaissais que le galvanisme compte des succès dans son application aux maladies de l'audition; il en est de même des aberrations du goût et de la vision : la galvanisation par boules sur la langue et le voile du palais, dans le premier cas; l'électro-puncture modifiant les nerfs intra-orbitaires, dans le second, ont amené entre mes mains d'heureux résultats; mais, je le répète, les affections de ces organes sensoriaux sont plus spécialement du ressort du galvanisme, et retirent peu d'avantages de l'emploi de l'électricité.

Avant de parler du procédé opératoire, il est essentiel de dire un mot du pronostic thérapeutique. Généralement les lésions des branches et rameaux nerveux sont légères et cèdent facilement au traitement électrique, surtout les paralysies et les douleurs; les affections convulsives sont plus difficiles à traiter, et exigent plus de temps; la complication de douleur et de

(1) Voyez les expériences de Brachet, de Lyon.

(2) Il ne faut pas oublier que les petits muscles sont traités plus efficacement par la galvano-puncture.

convulsion offre plus de difficulté que la douleur seule ou la convulsion seule. Aussi les tics douloureux et en même temps convulsifs présentent-ils les cas les plus rebelles. Les affections qui dépendent de la moelle épinière sont plus graves que celles des cordons nerveux, et demandent un plus long temps pour être traitées; et celles du cerveau sont plus graves encore. Il est très essentiel de ne commencer le traitement électrique des paralysies qui dépendent de lésions des centres nerveux, que lorsque toute irritation qui en serait cause aurait totalement cessé. Par la même raison, les douleurs et les convulsions dépendant de lésions de ces centres, ne sont pas curables par l'électricité. En thèse générale, toutes les affections récentes cèdent plus promptement au traitement que les anciennes; les jeunes sujets guérissent plus vite que les sujets âgés, mais il faut s'attendre à ce que toujours les traitemens soient longs (1).

Procédé opératoire.

Il est de règle générale que plus les organes sur lesquels on se propose d'opérer sont délicats, et plus il faut que les chocs soient doux. Par exemple lorsqu'on veut opérer aux environs du globe de l'œil, soit immédiatement sur la cornée, pour influencer la contractilité des corps ciliaires ou des voies lacrymales, soit pour exciter la sensibilité de la cornée, de la conjonctive ou des bords palpébreux, on ne doit se servir que de pointes de bois tenues à la main, sans chaîne en rapport avec le sol; le patient étant monté sur l'isoloir, et recevant, au moyen du contact immédiat, avec les conducteurs d'une machine en action, le fluide décomposé qui se répand sur toute la surface de son corps, et qui, venant à s'accumuler au point le plus rapproché de la pointe de bois présentée par l'opérateur (à six à huit lignes de la surface du globe de l'œil), y effectuera le départ et l'échange des fluides contraires, sous forme de *vent électrique*. Ce choc insensible, qui ressemble à la percussion d'un courant d'air, suffit pour provoquer les larmes et éclaircir la vue; il a fréquemment dissipé des taies, et remédié à des sécrétions vicieuses des glandes palpébrales, etc.

Lorsqu'on veut produire une excitation un peu plus forte, agir par exemple sur les paupières fermées, autour des lèvres, des ailes du nez, sur les points les plus sensibles de la face et du cuir chevelu; et lorsqu'on veut familiariser les personnes d'une irritabilité extrême avec les chocs électriques sur d'autres parties du corps, on se sert de la boule de bois au lieu de la pointe : l'échange ne se fait plus alors sous forme de vent, mais sous forme d'aigrettes très faibles, et dont le départ est peu rapide et la percussion peu forte.

Si on désire une sensation plus aiguë, on se sert d'une pointe de métal qu'il faut approcher très près (2 à 3 lignes); le départ s'effectue alors par une succession très rapide d'aigrettes plus lumineuses que celles de la boule de bois, et qui causent une douleur très cuisante lorsqu'on agit long-temps sur le même point; on peut appliquer ce mode opératoire sur les paupières fermées et toutes les parties de la face, mais non sur l'œil nu. D'autres parties délicates et irritables, telles que le sein, les organes génitaux, l'extrémité des doigts des mains et des pieds, les articulations douloureuses, sont traitables par ce mode; mais il faut toujours avoir soin que la pointe soit en communication avec le sol, au moyen d'une chaîne de fer, et que l'opérateur s'en trouve isolé par un manche de verre, pour ne pas recevoir lui-même le choc en même temps que le patient; ce qui est le résultat obligé du départ des deux fluides en sens contraire, pour obéir à la loi d'échange et d'attraction. Le même soin de s'isoler doit donc être pris toutes les fois que le choc est assez considérable pour que l'opérateur ne se soucie pas de le ressentir.

Lorsque les parties sur lesquelles on opère sont en état de supporter des chocs plus considérables, que la sensibilité du sujet le permet, et qu'il n'y a pas de douleur locale contre-indiquant une plus forte commotion, on se sert d'un excitateur de métal à très petite boule, et à mesure qu'on désire rendre les commotions plus fortes, on choisit une boule plus grosse, et on l'éloigne en raison de sa grosseur progressive.

Il ne faut pas croire que les chocs produits par de grosses boules soient moins supportables que ceux occasionés par de petites boules ou des pointes de métal; au contraire; et il est certain que plus la boule est petite, ou la pointe aiguë, plus la sensibilité s'en trouve affectée. Ce phénomène tient à la rapidité avec laquelle le départ s'effectue, et la succession des chocs a lieu : car plus l'*excitateur* est pointu, plus les étincelles, et partant les chocs, se succèdent rapidement; or, dans ce cas, les expansions nerveuses frappées ainsi incessamment, s'irritent, et la douleur d'un choc n'ayant pas le temps de se calmer, lorsque le choc suivant arrive, il en résulte que la partie sur laquelle on opère monterait bientôt au degré de l'inflammation, si on ne changeait pas de lieu d'excitation.

Plus les boules sont grosses, plus l'intervalle entre chaque choc est grand; car le fluide trouvant plus de résistance pour s'échapper, doit s'accumuler en plus grande quantité pour vaincre le milieu qui met obstacle à l'échange : plus alors la partie percutée a le temps de se reposer de l'impression douloureuse de chaque choc : voilà pourquoi les commotions occasionées par les grosses boules sont mieux supportées que celles des pointes.

Ainsi, on peut dire en thèse générale, que plus les excitateurs sont pointus, plus on agit sur la sensibilité; mais aussi on remarque que plus les boules qui terminent les excitateurs métalliques sont grosses, plus les contractions des muscles sont fortes et étendues; il faut donc se servir de préférence des boules, lorsqu'on veut agir sur la contractilité, principalement sur celle des grands muscles.

Mais il est une autre observation pratique à faire et d'une assez haute importance, c'est que l'opérateur peut augmenter à volonté, avec

(1) Les insuccès sont le plus souvent dus à l'impatience des malades de voir l'amélioration se déclarer, et à la cessation du traitement avant qu'il soit assez avancé.

la même machine, la force d'action des pointes et des boules, et par conséquent agir avec plus ou moins de puissance sur la sensibilité et la contractilité.

Il peut d'abord, comme je l'ai dit plus haut, rendre l'action des pointes très faibles, en choisissant de mauvais conducteurs, tels que la pointe de bois tenue à la main sans chaîne.

Quant aux chocs, en se servant de petites boules, et faisant tourner le plateau de la machine modérément, et mettant de l'intervalle entre chaque départ, les contractions musculaires seront très modérées.

Mais si au lieu de se contenter de mettre en rapport avec le parquet une chaîne d'un mètre et demi, cette chaîne touche à une surface étendue de métaux; et si en même temps les coussins de la machine sont mis en rapport au moyen de conducteurs, aussi avec une étendue assez considérable de métaux, alors les aigrettes qui partent des pointes de l'excitateur, quand on opère, ou les étincelles qui partent des boules, sont bien plus lumineuses, plus rapides, plus considérables; les fluides s'accumulent avec facilité, les départs sont plus rapides, les chocs sont plus violens.

Si on veut opérer avec plus d'intensité encore, on se sert de la bouteille de Leyde, laquelle procure une accumulation de fluide qui est en raison des surfaces métalliques qu'elle leur présente, et dont le départ s'effectue en raison de la distance que ce fluide accumulé doit franchir pour se porter de l'une de ses armures sur le conducteur qui procurera l'échange par son rapport avec le fluide contraire; l'appareil qui sert à cet effet est connu sous le nom de *graduateur* ou *électromètre* de Lane.

Les chocs occasionés au moyen de la bouteille de Leyde sont bien plus difficiles à supporter, par les raisons que j'ai rapportées plus haut, que les chocs par l'excitateur simplement mis en communication avec le parquet, ou avec une certaine quantité de métaux; mais outre qu'on peut graduer ces chocs dans leur *force*, on peut aussi les graduer dans leur intensité. Ainsi, lorsqu'on veut rendre les chocs de l'électricité *accumulée*, faibles et facilement supportables, il faut se servir d'un très petit graduateur ou électromètre de Lane: et lorsqu'on désire un départ rapide, une commotion étendue et forte, on se sert d'un appareil plus volumineux. On sait que pour former des *batteries électriques*, on dispose une certaine quantité de *jarres* ou de bouteilles de Leyde très grosses, communiquant toutes ensemble par des conducteurs, et que les chocs qui en résultent sont terribles; c'est de semblables appareils dont on se sert pour foudroyer les animaux.

Il faut tenir compte dans les opérations de la sensibilité individuelle et de la sensibilité relative des parties du corps. Il est des individus très impressionables moralement, et qui cependant supportent très bien l'électricité; il en est d'autres très courageux, mais irritables, et quelquefois pusillanimes lorsqu'il s'agit de chocs électriques; l'opérateur doit tenir compte de ces idiosyncrasies et agir en conséquence.

Il faut aussi tenir compte des parties sur lesquelles on opère, sous le rapport de leur sensibilité, non seulement lorsqu'il y a douleur, mais encore parce que certaines parties sont naturellement plus irritables que d'autres, comme il en est qui sont accessibles au chatouillement, et d'autres non.

En général, on peut distribuer de fortes étincelles sur la partie postérieure du corps, excepté au cou, aux coudes (partie interne) et au bas des jambes; la partie postérieure des cuisses, les fesses et la portion supérieure du dos, sont les moins sensibles; les parties qui viennent ensuite dans l'ordre d'impressionabilité, sont les parties latérales du corps et des membres; la partie antérieure des cuisses et des bras, la paume des mains, et le ventre, et la plante des pieds, ensuite le cou, la partie interne des jambes, cuisses, bras et avant-bras; ensuite le coude-pied et le devant de la poitrine; enfin la tête, et en dernier lieu le visage.

Lorsqu'on veut agir sur une grande surface de la peau, comme dans les cas de diminution de la sensibilité, il suffit de faire couvrir la peau immédiatement de flanelle, et de promener sur cette flanelle une grosse boule qui la touche, comme un fer à repasser, pour produire ce qu'on appelle *la friction électrique*; cette friction, connue depuis bien long-temps, est de beaucoup préférable aux brosses; le procédé opératoire est plus complet, plus actif, puisqu'on peut augmenter l'intensité électrique à volonté, et il n'a pas l'inconvénient d'obliger les malades à se découvrir; on peut même, quand on opère avec une bonne machine, et dans un appartement sec et convenablement chauffé, laisser les malades revêtus de leurs vêtemens habituels, soit en drap, soit en laine, coton ou toile; éviter la soie et la ouate; et pourvu qu'il n'y ait pas une trop grande épaisseur d'habits entre l'excitateur et la flanelle qui recouvre immédiatement la peau.

Si des pertes de mouvement ou de sensibilité obligeaient à diriger les chocs électriques dans les ouvertures naturelles, il faudrait se servir d'une tige métallique, revêtue d'un tube de gomme élastique jusqu'à la boule qui termine l'excitateur, et l'introduire préalablement à l'opération, soit dans le canal de l'urètre et jusque dans la vessie, comme une sonde courbe, dont l'excitateur servirait de mandrin; soit dans le vagin et jusque sur le col de l'utérus; soit dans le rectum, dans la bouche jusqu'au voile du palais, les muscles staphyllins, la base de la langue ou la partie interne des joues; soit enfin dans les narines, jusqu'à l'arrière-bouche, comme je l'ai pratiqué pour certaines paralysies des muscles déglutiteurs. Une fois l'excitateur introduit, et les orifices et une certaine portion du trajet garantis par le tuyau isolateur de gomme élastique, dont la portion sortante est tenue par l'opérateur, il dirige à proximité de la boule qui surmonte extérieurement l'excitateur, la boule d'un autre excitateur qui communique, au moyen d'une chaîne, avec le sol; et, selon le degré d'éloignement qu'il met entre les boules des deux excitateurs, et la grosseur de ces boules, il

gradue ses chocs et en calcule l'intensité ; c'est aussi de cette manière qu'on électrise dans la surdité ou autres affections nerveuses de l'oreille. On introduit l'excitateur à parois de gomme élastique, à la profondeur qu'on juge convenable du conduit auditif externe, et on projette les étincelles à l'extrémité opposée, à l'aide d'un autre excitateur.

Quand on veut occasioner dans les ouvertures naturelles des chocs plus intenses que ceux qu'on peut administrer par simple échange de fluide, et qu'on veut employer le graduateur de Lane, il faut que l'extrémité externe de l'excitateur introduit, soit mise en rapport avec l'une des armures de la bouteille de Leyde, au moyen d'une chaîne métallique, et que l'autre armure, au moyen d'une pareille chaîne et d'un autre excitateur, communique avec un point de la surface cutanée qui laissera entre lui et celui que touchera la boule introduite du premier excitateur, tout le trajet le long duquel on voudra diriger le choc électrique.

En comprenant ainsi une certaine masse de parties entre deux excitateurs, soit que l'un d'eux ait été introduit dans l'une des ouvertures naturelles, soit que tous deux aient été appliqués à la surface du corps, il ne faut pas croire que les chocs reçus sur chacun de ces deux points s'impriment à tout le trajet qui les sépare ; la force de ces chocs est en raison de l'intensité électrique, et j'ai dit plus haut que cette intensité dépendait de la charge électrique, qui elle-même était en raison de la surface métallique contenue dans la bouteille de Leyde (1) ; et ici la grosseur des boules ne fait rien, car les fluides ne s'accumulent pas à la surface des extrémités des excitateurs, pour effectuer leur départ à travers un corps isolant, en vertu de la loi d'attraction : les points d'accumulation sont ici les surfaces des armures de la bouteille de Leyde, dont le verre est le corps isolant ; les excitateurs forment, avec les chaînes métalliques et les portions du corps interposées entre leurs extrémités qu'elles touchent, une chaîne conductrice ; le départ des fluides contraires s'effectue dans toute la longueur de cette chaîne et en sens contraire ; c'est toute la surface de cette chaîne conductrice, que parcourent les fluides ; mais le choc s'effectue à chaque solution de continuité ; la partie de cette chaîne, qui est composée de chaînons métalliques se touchant, éprouve le choc à chaque solution de continuité de chaque chaînon, et ce choc se manifeste par une étincelle (2). Arrivés au chaînon formé par le corps animal interposé entre les chaînons métalliques, les fluides, en se précipitant du chaînon de métal sur le point qu'il touche de la surface du corps, lui impriment le choc de chaque côté, mais parcourent la surface du corps pour s'échanger au point où il confine la chaîne avec le chaînon métallique qui suit (1). S'il se trouve une ligne ou une demi-ligne d'intervalle entre les chaînons métalliques et le point de la peau qu'ils avoisinent, on voit très bien l'étincelle au moment du départ.

Le choc, de chaque côté, cause un ébranlement d'autant plus fort, et qui se propage à une distance d'autant plus considérable des points percutés, que l'accumulation dans la bouteille a été plus considérable ; ainsi, si ce sont les mains qui touchent les extrémités des chaînes, et qu'on emploie un petit graduateur de Lane, la distance que l'étincelle aura à franchir entre la boule de l'armure interne et la boule qui termine la tige transversale isolée étant d'une ligne, la commotion résultant du choc se fera ressentir seulement dans les doigts ; si on augmente cette distance d'une demi-ligne, la commotion se propagera jusqu'aux poignets ; si on augmente encore, elle dépassera les poignets ; si on se sert d'une bouteille plus forte, une petite jarre, la distance d'une ligne occasionera une commotion qui se propagera jusqu'aux coudes ; et si on l'augmente graduellement, on pourra la ressentir dans toute la longueur des bras et même traverser la poitrine.

On peut aussi commotionner plusieurs points à la fois, soit en mettant chacune des deux chaînes en communication avec plusieurs boules établies sur le siége d'un fauteuil, si l'on veut agir sur le nerf sécatique, ou la partie postérieure et inférieure du bassin ; soit en faisant partir plusieurs chaînes de chaque armure, et les faisant aboutir à des conducteurs répartis sur divers points du corps, soit en mettant chacune des chaînes en rapport avec une cotte de mailles à anneaux brisés, étendue sur une partie qu'on veut commotionner par un grand nombre de points rapprochés.

Il est ainsi mille manières de varier le procédé opératoire, selon l'intensité, l'étendue, la profondeur, la multiplicité des chocs qu'on veut administrer ; car toute la thérapeutique se trouve dans le choc, et c'est une véritable gymnastique du système nerveux, dans ses deux modes de sensibilité et de contractilité, que cette administration de l'électricité sur le corps animal. On peut, d'après l'exposé ci-dessus, faire l'application de cet agent puissant aux anomalies nerveuses, sans que j'aie besoin de les préciser ni de m'étendre plus au long ; la teneur de cet article, qui n'a pu être rendu plus court, ne comportant pas de plus minutieux détails.

SARLANDIÈRE, D. M. P.

(1) Il n'est pas nécessaire que l'armure externe ait autant de surface que l'armure interne ; la quantité de fluide attiré à l'extérieur, sera toujours, malgré la surface moindre, égale à la quantité de fluide contraire accumulé dans l'intérieur, en vertu de la loi des attractions et du maintien respectif des fluides à travers les corps isolans.

(2) On sait que l'étincelle ne se produit qu'au départ des fluides contraires à travers un corps isolant.

(1) Aucune expérience n'a pu me faire connaître si le fluide parcourait le chemin le plus court de la surface du corps pour se rendre de l'un des points touchés par la chaîne au point opposé ; mais cela est supposable, car, si on touche la personne qu'on électrise par la bouteille, sans former chaînon, on ne ressent aucun choc ; ce qui n'aurait pas lieu, si toute la surface du corps était parcourue par les fluides.

II. MATÉRIAUX POUR L'HISTOIRE DE LA SÉCRÉTION DE LA MEMBRANE INTERNE VASCULAIRE.

« La phlébite domine toute la pathologie. »
(Cruveilhier, *Anat. path.*)

Il me semble que la science ne possède pas actuellement une histoire satisfaisante de la sécrétion de la membrane interne vasculaire. Les travaux des anatomistes sur la structure de cette membrane les ont engagés à reconnaître l'identité de nature qui existe entre la membrane vasculaire interne et les membranes séreuses; et malgré cette assimilation, la sécrétion de la membrane interne vasculaire, admise très superficiellement par les auteurs d'anatomie générale, n'est pas traitée d'après les faits pathologiques qui démontrent son existence. Si je ne craignais d'alarmer la susceptibilité de quelques écrivains, je citerais les noms de ceux appelés à la composition de ce travail. Mon but, en réunissant quelques notions sur la sécrétion de la membrane interne vasculaire, est de solliciter de nouvelles recherches, et de hâter la rédaction d'un chapitre qui manque à l'anatomie générale et à l'anatomie pathologique.

Bichat, si soigneux dans l'observation des phénomènes de la vie, doute que la membrane commune au sang rouge soit susceptible de sécrétion. Il dit (Anatomie générale) : « La surface interne de cette membrane est *humectée sur le cadavre* par un fluide onctueux qu'on trouve en plus ou moins grande quantité. Ce fluide existe-t-il sur le vivant? sert-il? etc., etc. Il est difficile de le déterminer..... il se pourrait que ce fluide fût ou purement dû à une transsudation cadavérique..... ou le résultat d'un peu de sérosité restée dans les artères après l'expulsion du sang..... Il paraît donc que c'est la membrane elle-même, *et non un fluide qui s'en échappe*, qui sert à garantir l'artère; elle ne peut, sous ce point de vue, être considérée par rapport au sang que comme une espèce d'épiderme. »

Relativement à la membrane commune au sang noir, il dit encore (*ibid.*) : « Il paraît qu'il ne se fait aucune exhalation à la surface interne des veines. Cette surface est bien *constamment humide sur le cadavre, même quoique les vaisseaux soient vides*; mais j'attribue ce phénomène, comme dans les artères, à une transsudation survenue après la mort. »

Je ne pense pas qu'il faille, d'après Bichat, conserver la division de la membrane interne vasculaire en membrane commune au sang rouge et membrane commune au sang noir, pour constater la sécrétion de cette membrane, et les diverses phénomènes pathologiques qui se rattachent à la diminution ou à l'augmentation de la sérosité vasculaire.

D'ailleurs les faits que la science possède aujourd'hui sur cette sécrétion sont trop positifs pour que les preuves alléguées contre son existence soient bien plus difficiles à trouver que celles propres à la confirmer.

Je ne m'arrêterai donc pas à combattre les argumens de Bichat contre la sécrétion de la membrane interne vasculaire. Car du moment qu'il constate la présence de la sérosité dans l'une et dans l'autre membrane propres aux deux sangs, quel dommage y a-t-il à vérifier si cette sécrétion est l'effet de la vie, et si au contraire elle ne donne pas l'explication de quelques phénomènes pathologiques ?

Bien qu'on assimile la membrane interne vasculaire aux membranes séreuses, et que la membrane interne vasculaire et les membranes séreuses soient identiques quant à leur nature, je n'ai pas encore trouvé quelques données sur les suites de la fluxion sanguine de cette membrane. Cependant l'observation apprend qu'il est des maladies qui attaquent des systèmes complets. Les pathologistes ont bien reconnu et distingué toutes les lésions organiques des vaisseaux, comme leur dilatation, rétrécissement, oblitération, etc., etc.; mais quand ils traitent le chapitre *artérite*, ils ne s'appliquent pas à découvrir la conduite de la membrane interne vasculaire soumise à une fluxion sanguine.

Quelques faits pathologiques que je vais exposer établiront d'une manière définitive le rôle de la membrane interne vasculaire comme organe sécréteur, et les inductions que l'on peut tirer de l'inspection de la sérosité dans le sang : 1° par son mélange avec la couenne inflammatoire, 2° par sa petite quantité, 3° par son abondance, 4° par son altération.

1° Mélange de la sérosité vasculaire avec la couenne inflammatoire.

La membrane interne vasculaire, considérée comme organe sécréteur, est sujette, comme les membranes séreuses avec lesquelles elle a le plus d'analogie, à une production de matière plastique qui a reçu le nom de couenne. Cette production, qui tantôt circule librement avec le sang, comme dans les grandes inflammations des parenchymes, et tantôt reste adhérente aux parois vasculaires qui l'ont sécrétée, comme dans les inflammations circonscrites des vaisseaux, la couenne, considérée sous ces deux aspects, avait été signalée par M. Ratier comme étant identique. Il dit dans sa thèse (1819) : « La grande analogie qui existait entre la couenne et celle que je trouvai tapissant l'intérieur d'un anévrysme volumineux de la crosse de l'aorte, etc. »

La couenne, si bien reconnue dans les diverses maladies qui la produisent, si bien appréciée quant à sa nature, n'a pas encore reçu par les auteurs le nom de l'organe qui la produit. Mais les conditions dans lesquelles la couenne se rencontre dans le sang, l'intérieur des gros vaisseaux ou des cavités du cœur enduit d'une couche couenneuse, la présence de la couenne dans le sang aussi durable que la persistance de l'inflammation, tout démontre que la couenne est sécrétée par la membrane interne vasculaire enflammée, à l'état concret ou gélatineux dans la continuité des gros vaisseaux, et à l'état oléagineux dans le réseau capillaire plongé dans le parenchyme des organes. Une saignée faite au début d'une pneumonie, d'un rhumatisme articulaire, etc., ne donnera souvent aucune production couenneuse; mais si une seconde, une troisième saignée sont jugées nécessaires, douze ou vingt-quatre heures après les premières, alors la couenne est d'autant

plus abondante, plus épaisse, que l'inflammation a eu plus de loisir de s'établir, et par conséquent de modifier la sécrétion de la membrane interne vasculaire.

Y aurait-il une grande erreur à attribuer au transport de la couenne inflammatoire dans tout l'organisme, le développement de ces inflammations multiples que quelques auteurs expliquent par l'absorption du pus, ou par une diathèse inflammatoire?

« M. Ratier (*ibid.*) propose d'établir en thèse « générale, qu'étrangère à l'état de santé par- « faite, la couenne inflammatoire se lie à la « pléthore sanguine avec une disposition pro- « chaine aux phlegmasies. » Je pense au contraire que la couenne ayant pour origine l'irritation de la membrane interne vasculaire, la première ne saurait exister sans la seconde; que la présence de la couenne dans une saignée devient la source d'indications thérapeutiques importantes, et qu'elle révèle des inflammations latentes, lorsque d'ailleurs les symptômes locaux ne se trahissent pas suffisamment. Cette proposition est un axiôme pour moi, appuyé sur l'inspection de cinq à six mille saignées pratiquées par moi-même, et étudiées douze ou vingt-quatre heures après l'émission du sang.

2° Diminution de la sérosité dans le sang.

De même que dans les membranes séreuses le premier effet de l'inflammation locale dans les artères et dans les veines est de suspendre la sécrétion de la membrane interne vasculaire, et de déterminer dans ces deux ordres de vaisseaux des coagulums qui, par la suite, interceptent le cours du sang (Cruveilhier, *Anat. path.*), mais la sérosité vasculaire est aussi sensiblement diminuée dans toute la masse du sang, chez les individus disposés aux grandes inflammations, ou atteints de fièvre inflammatoire. Les saignées faites dans ces circonstances donnent un caillot privé de sérosité. Les malades remarquent eux-mêmes que *leur sang est épais, qu'il manque d'eau.*

Il y a douze ans environ, lorsque j'étais attaché aux hôpitaux militaires de la Corse, j'étais étonné de la disparition presque complète de la sérosité vasculaire dans les saignées prophylactiques que je faisais aux soldats nouvellement débarqués dans l'île, et qui se trouvaient bientôt pris de la fièvre angioténique.

On remarque journellement que les diarrhées chroniques, les drastiques employés avec opiniâtreté, diminuent la sécrétion vasculaire, et que c'est pour arriver à ce résultat que ces moyens énergiques sont employés journellement pour évacuer la sérosité abondante du sang dans l'anévrysme passif du cœur, ou dans les hydropisies qui reconnaissent l'altération du cœur ou des gros vaisseaux.

3° Augmentation de la sérosité dans le sang.

Indépendamment des faits pathologiques qui prouvent une moindre sécrétion de la membrane interne vasculaire, il existe aussi d'autres faits qui démontrent que la sérosité vasculaire est sécrétée en plus grande quantité que n'exige la santé. Dans ces derniers exemples, cette sécrétion devient catarrhale, et réclame un traitement spécial.

Il serait difficile sans doute d'établir convenablement la proportion physiologique de la sérosité vasculaire relativement à la masse fibrineuse du sang. Cependant quand on a pratiqué un grand nombre de saignées, et qu'on compare les saignées obtenues dans les différentes maladies où elles ont été jugées nécessaires, il est certain qu'on est étonné du peu de sérosité que donnera une saignée faite au début d'une fièvre inflammatoire, comparativement à la sérosité abondante d'une saignée faite pour combattre quelques symptômes de l'anévrysme passif du cœur.

Les médecins qui sont appelés à soigner des inflammations chez les individus adonnés à l'ivresse, doivent reconnaître après les saignées qu'ils leur pratiquent, que la masse fibrineuse nage au milieu d'une sérosité abondante. On acquiert, par cette inspection, la certitude qu'il n'existe aucun rapport entre la circulation générale et la turgescence faciale de ces malades. Pour m'expliquer la quantité de sérum du sang des ivrognes, j'ai pensé que les vaisseaux, obligés de charrier journellement de l'alcool en plus ou moins grande abondance, éprouvaient, dans la continuité de leur membrane interne, une excitation qui augmentait la sécrétion de la séreuse vasculaire.

Dans les ouvertures du crâne des personnes mortes du typhus on remarque une abondance notable de la sérosité dans les veines encéphaliques. Dans ces cas pathologiques, les collections séreuses sont fréquentes dans les ventricules du cerveau; et la lecture du traité des maladies des artères des veines de Hodgsen, enrichi de notes savantes de M. Breschet, apprend aussi que dans presque toutes les observations des inflammations artérielles et veineuses, il y avait un épanchement de sérosité dans le péritoine ou dans les plèvres.

Dans le Dictionnaire de médecine, 2e édition (Artères, inflam. des artères), on lit: « Quant à la forme d'artérite aiguë, qui ne « cause pas l'oblitération du vaisseau, maladie « niée par quelques uns, regardée comme très « commune par les autres..... et qui se recon- « naît par la douleur sur le trajet du vaisseau, « et par un bruissement..... M. Gendrin affirme « que *l'artérite détermine constamment une* « *altération notable du sang.* Celui qu'on re- « tire par les saignées, analysé par M. Lecanu, « *renfermait beaucoup moins de matière co-* « *lorante* que dans l'état habituel; en sorte « qu'en passant à l'état chronique, l'artérite « *pourrait occasioner la chlorose.* »

Sans admettre d'emblée que l'artérite chronique puisse produire un résultat aussi fâcheux sur l'hématode, il faut noter ici une cause puissante du catarrhe de la membrane interne vasculaire.

Dans le procès-verbal d'autopsie du corps de Dupuytren, après avoir décrit l'état pathologique de la veine cave inférieure et de quelques autres vaisseaux, on lit (si ma mémoire est fidèle): que *le sang contenu dans ces vaisseaux était liquide, séreux.* Ainsi donc les mots artérite et phlébite ne doivent pas comprendre seulement les productions couenneuses ou purulentes qu'on rencontre dans l'intérieur des vaisseaux artériels et veineux, mais encore la présence d'une plus grande quantité de sérosité dans le sang, résultant de l'activité sé-

crétoire de la membrane interne vasculaire. Car l'état catarrhal de la membrane interne vasculaire est quelquefois la suite d'une suppuration établie sur sa surface. M. le professeur Cruveilhier, dans son Anatomie pathologique (phlébite et abcès viscéraux), en parlant de l'ouverture d'une veine remplie de pus, ajoute : « la suppuration continua une quinzaine de « jours ; plusieurs fois le pus s'accumula dans « la veine par suite de l'oblitération de la petite « ouverture que j'avais faite ; au pus succéda « une sérosité limpide, précurseur..... »

N'y a-t-il pas catarrhe de la membrane interne vasculaire dans ces constitutions maigres, pâles, où la saignée fournit une proportion très considérable de sérosité, et un coagulum très minime, et chez lesquelles le fer est d'un grand secours ?

Enfin une maladie qui seule donne le double phénomène de la disparition et du retour de la sécrétion vasculaire, mettra dans tout son jour la fonction sécrétoire de la membrane interne des vaisseaux sanguins.

De toutes les suspensions de fonctions produites par le choléra-morbus, il en est une qui devait exciter au plus haut degré l'étonnement des physiologistes et des pathologistes, je veux parler de la suspension de la sécrétion de la membrane interne vasculaire. Le résultat matériel a été observé sans doute, mais son mécanisme n'a pas été démontré, ou du moins j'ignore si quelque auteur en a parlé. On a bien écrit : « Le sang est manifestement plus noir, « et a un éclat brillant qui ne lui est pas ha- « bituel ; *pris en masses grumeleuses* ou en « *polypes* dans les cavités droites et les grosses « veines, il est *plus épais, plus visqueux*, assez « *semblable à du raisiné ;* il *paraît moins riche* « *en sérosité.* » (Dict. de méd., 2e édit., art. Choléra épidém.)

Moi-même et les autres médecins qui, dominés par les idées diverses émises sur la nature du choléra, ont voulu saigner dans la période algide, n'ont obtenu que quelques caillots vermiformes, malgré l'étendue donnée à la section de la veine et la durée du massage exercé sur toute la longueur de l'avant-bras. Nul doute que le sang était interrompu dans sa course, et que, solidifié en quelque sorte, il était soustrait aux lois des liquides.

Mais quand la période de réaction s'établissait, qui pouvait de suite donner la liquéfaction au sang ? pourquoi le pouls, perceptible au cœur, ne s'étendait-il pas progressivement ? N'est-ce pas que sous l'influence du retour de la chaleur les sécrétions reprenaient leurs mouvemens, qu'alors la sécrétion de la membrane vasculaire délayait les caillots contenus dans son intérieur, les liquéfiait, y permettait de nouveau le transport du sang d'un système dans l'autre ? Aussi la lubréfaction de l'intérieur des artères, jointe à la liquéfaction rapide du sang veineux, donnait au cours du sang une action tellement soudaine, que le cœur lançait le sang dans les artères comme dans le vide, et le faisait parvenir à la tête avec tant de violence qu'il fallait en modérer souvent l'impulsion par une abondante saignée.

C'est encore par l'office de la sécrétion de la membrane interne vasculaire qu'on peut proposer l'explication d'un phénomène étudié par un célèbre professeur, et c'est avec toute humilité que je me permets de contredire son opinion. M. Cruveilhier, dans ses fascicules d'anatomie pathologique (Maladies de l'utérus), dit : « Aussitôt qu'une portion de veine est enflam- « mée, toute communication cesse entre cette « portion et la circulation générale, le sang se « coagule ; je regarde même la coagulation du « sang comme le premier effet de l'inflammation « dans les artères de même que dans les veines, « dans les capillaires de même que dans les « gros vaisseaux. La phlébite se *termine par* « *résolution* plus souvent qu'on ne l'imagine, « et alors *le sang est résorbé*, le calibre du « vaisseau se rétablit..... » Et plus loin le même professeur ajoute : « *La concrétion sanguine* « *épaissie d'abord, s'amincit peu à peu, et* « *finit par disparaître.* »

Pour moi, je l'avoue, j'ai peine à comprendre comment ce caillot qui, par son amincissement journalier, n'est plus maintenu par les parois du vaisseau, peut rester à la même place et ne pas subir un déplacement par l'action de la colonne du sang. Je serais plus tenté de croire que ce caillot est soumis à l'effet de la macération, puisqu'il plonge dans la sérosité que lui fournit le sang et dans celle versée par la membrane vasculaire, et qu'alors il est plutôt délayé qu'absorbé. Du reste l'opinion de M. Cruveilhier vient détruire celle de Bichat : « Il n'y « a pas plus d'absorption à la surface interne « des veines que d'exhalation. » (Anatomie générale.)

4° Altération de la sérosité dans le sang.

La membrane interne vasculaire considérée comme organe sécréteur de la couenne inflammatoire, et examinée dans ses diverses phases de suspension, de diminution, d'augmentation de sécrétion, doit encore être envisagée dans les maladies qui modifient quelques qualités du produit sécrété.

Ici se rattachent les colorations variées de la sérosité, offrant tantôt une teinte couleur citrine, verdâtre, plus ou moins trouble, et enfin cette couleur blanchâtre, lactescente, dont quelques exemples sont consignés dans les annales de la science sous le nom de sang blanc, sang laiteux, etc.

ROMAIN GERARDIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Au Rédacteur.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser l'observation suivante que vous pourrez, si vous le jugez convenable, insérer dans votre intéressant Journal : le titre seul suffit pour piquer vivement la curiosité.

III. ENFANT DE TROIS MOIS ; — CYANOSE ; — PNEUMONIE ; — MORT ; — AUTOPSIE ; — HÉPATISATION DES POUMONS ; — CONFORMATION PARTICULIÈRE DU POUMON GAUCHE ; — COEUR A UN SEUL VENTRICULE.

Andrienne Hauser, âgée de trois mois, do-

miciliée dans la commune de Plainpalais, canton de Genève, est venue au monde à terme. Sa mère a porté des vêtemens serrés pendant sa grossesse qui n'en a pas moins été fort heureuse. Au moment de l'accouchement rien n'était prêt; les douleurs du travail furent très efficaces et l'enfant vint au monde avant que la sage-femme eut fait aucun préparatif; l'enfant qui était énorme cria beaucoup, on lia le cordon, puis on laissa l'enfant qui fut exposé au froid; un moment après les plaintes de cette petite créature attirèrent de nouveau l'attention, on fut étonné de la trouver bleue, toute froide et noyée dans son sang. Il y avait une forte hémorrhagie du cordon, dont la ligature avait échappé ; on le lia de nouveau avec soin, on chercha à réchauffer l'enfant, mais pendant plusieurs jours il resta froid et conserva de la cyanose; il avait contracté à cette occasion un catarrhe bronchique et une ophthalmie qui ont duré près de six semaines.

Quoique l'enfant parût se rétablir des accidens qui avaient accompagné sa naissance, on remarquait cependant qu'il se refroidissait très facilement, et alors la teinte bleue de la peau reparaissait à l'instant et même ne se dissipait jamais entièrement aux pieds. Quoique le catarrhe pulmonaire parût être dissipé, on s'apercevait que cette petite fille conservait de la gêne dans la respiration, elle tétait avec difficulté, avait l'air d'avaler de travers, et était ainsi menacée de suffocation; on crut d'abord que cela tenait à l'abondance et à la facilité de l'écoulement du lait de la mère, mais bientôt on ne put plus douter que cela ne tînt à l'enfant lui-même et à l'angoisse qu'il ressentait pendant la déglutition. Les selles étaient toujours mauvaises, verdâtres et mêlées de lait caillé, souvent précédées ou accompagnées de tranchées ; ceux qui l'entouraient et qui avaient admiré sa belle venue au moment de sa naissance, trouvaient qu'au lieu de grossir il perdait ses chairs; cependant, lorsque M. le docteur Panchaud le vit pour la première fois, il le trouva avec l'apparence ordinaire que peut avoir un enfant de cet âge.

Il fut consulté pour cet enfant le 13 février 1834. Depuis six jours il toussait beaucoup et refusait de téter; il le trouva ayant la figure très rouge, les lèvres légèrement violacées, la peau généralement chaude, la respiration très courte, très gênée, accompagnée d'un râle muqueux très prononcé; à la vue les deux côtés de la poitrine paraissaient se dilater également, le pouls était tellement fréquent qu'il était impossible de l'apprécier, l'enfant ne toussait plus parce qu'il paraissait ne pouvoir plus le faire. Il prescrivit une saignée de deux cuillerées à soupe que l'on fit au moyen d'une sangsue appliquée sur le trajet de la médiane du bras gauche, et fit prendre toutes les heures une cuillerée à café d'une potion composée d'un grain de tartre stibié dans deux onces de véhicule; on devait la continuer aussi longtemps que l'enfant ne vomirait pas, elle fut donnée aussi long-temps qu'il put avaler; le lendemain il vit le malade douze heures après sa première visite, et le trouva froid, tout cyanosé et sans pouls, il ne survécut que peu d'instans.

M. Panchaud avait d'abord cru reconnaître une inflammation des deux côtés de la poitrine, mais cette supposition n'expliquait pas la teinte violette des lèvres qui l'avait frappé d'abord. La terminaison brusque de la maladie, la cyanose, le firent changer d'opinion à sa seconde visite, aussi réclama-t-il instamment l'autopsie, bien persuadé qu'il rencontrerait quelque chose de remarquable du côté du cœur, et, en effet, il ne fut pas trompé dans son attente. M. le docteur Panchaud m'ayant chargé de l'autopsie, nous y procédâmes à peu près trente-six heures après la mort. La coloration de la peau était celle ordinaire aux cadavres, les extrémités inférieures étaient seules un peu violacées, le corps amaigri mais sans apparence de marasme.

Après avoir ouvert la poitrine les poumons s'affaissèrent, il n'existait aucune bride qui réunît les plèvres, et rien qui indiquât que ces membranes eussent été enflammées. Le lobe supérieur du poumon droit avait la teinte rosée qui lui est naturelle, à l'exception d'une partie située au sommet de ce lobe et de la grosseur d'une noix qui était complétement hépatisée; le lobe inférieur de ce même poumon était en partie engoué et en partie hépatisé. La cavité gauche de la poitrine était en avant, presque entièrement remplie par le cœur, dont le volume égalait celui du cœur d'un enfant de huit à neuf ans; le poumon était refoulé en haut et en arrière, le lobe supérieur était parfaitement sain, rosé; de sa partie inférieure droite partait une bandelette *digitiforme* de tissu pulmonaire de l'épaisseur d'une ligne, s'amincissant sur ses bords, de la longueur de quatre pouces et d'un pouce à un pouce et demi de largeur; elle était fortement violacée et engouée, ne faisant apercevoir qu'une faible crépitation; le lobe inférieur était en partie hépatisé et en partie engoué : il y avait donc eu inflammation des deux poumons, inflammation qui pour un enfant de cet âge avait été bien assez intense pour être regardée comme la cause de la mort. Le cœur, d'un volume énorme, remplissait toute la cavité gauche de la poitrine.

Le péricarde contenait environ deux cuillerées à soupe d'une sérosité claire, cette enveloppe du cœur paraissait d'ailleurs parfaitement saine. Voyant que la structure du cœur et l'origine des gros vaisseaux s'écartaient de l'état normal, j'enlevai cet organe et ses dépendances avec les bronches et une partie de la trachée artère, emportant avec le cœur autant que je le pouvais des parties voisines, je disséquai la pièce et la conservai dans l'alcool. Voici quelle est la disposition de l'organe (1).

Le cœur est d'un volume prodigieux pour cet âge, il est uniformément arrondi, les vaisseaux coronaires sont injectés, la face supérieure ne présente aucune trace de sillon.

Oreillette droite. — Beaucoup plus volumineuse que la gauche et alongée transversalement, elle présente vers son extrémité gauche l'insertion de la veine cave inférieure garnie de la valvule d'Eustache; l'insertion de la veine

(1) Les détails qu'on vient de lire m'ont été communiqués par M. le docteur Panchaud.

cave supérieure a lieu vers le milieu du bord supérieur de cette oreillette : vue intérieurement, cette oreillette ne présente aucune ouverture de communication avec le ventricule, mais communique largement avec l'oreillette gauche au moyen du trou de Botal entièrement conservé ; ses parois sont épaisses, charnues, et son appendice fortement prononcé; un examen minutieux ne m'a fait découvrir aucune communication entre cette oreillette et le ventricule.

Oreillette gauche. — Beaucoup plus petite que la droite et à parois beaucoup plus minces, elle offre vers sa partie supérieure et postérieure l'insertion des quatre veines pulmonaires, et vers sa partie inférieure l'orifice auriculo-ventriculaire, seule communication des oreillettes avec le ventricule. Le côté interne de cette oreillette présente le trou de Botal garni de sa valvule, cet orifice est entièrement conservé sans offrir de disposition à l'oblitération, et sa valvule, qui offre la figure d'un demi-segment alongé, est disposée de manière que le sang venant de la veine cave inférieure ou de l'oreillette droite pouvait être transmis facilement dans cette oreillette sans pouvoir passer ensuite de l'oreillette gauche dans la droite.

Ventricule. — Le cœur, incisé sur chacun de ses bords et dans toute leur étendue, laisse voir à découvert toute cette cavité qui n'est réellement qu'un seul ventricule ; il n'est traversé par aucun plan charnu, ses parois ont une grande épaisseur et ses colonnes charnues sont fortement prononcées. Sa partie supérieure offre deux parties distinctes, une gauche et une droite, la première présente l'orifice auriculo-ventriculaire dégorgeant dans le ventricule le sang de l'oreillette gauche, il est garni de la valvule métrale ; cette valvule offre quatre languettes, dont l'interne par sa disposition simule un rudiment de cloison. La partie droite de la base du ventricule, plus étroite que la gauche, est séparée d'elle par la languette dont j'ai parlé, c'est là que se trouvent à la fois les orifices des artères aorte et pulmonaire, l'un en avant, c'est celui de l'aorte, l'autre en arrière, c'est celui de l'artère pulmonaire ; ils sont très rapprochés et séparés seulement par une espèce de colonne charnue : une chose digne de remarque est l'exiguité de ces orifices, tous deux comme étranglés, à tel point qu'une plume de corbeau peut les remplir entièrement. Il m'a paru (autant que j'ai pu m'en apercevoir en introduisant de haut en bas dans les gros vaisseaux artériels un stilet de manière à le faire pénétrer dans le ventricule), il m'a paru, dis-je, que les orifices des artères aorte et pulmonaire étaient garnis de petits replis membraneux qui pouvaient représenter les valvules tri-cuspides.

Base du cœur ; origine des vaisseaux. — Ce que cette partie offre de plus remarquable est l'origine des artères aorte et pulmonaire qui a lieu à la partie droite de la base du cœur ; la pulmonaire, au lieu de se trouver au devant de l'origine de l'aorte, est située en arrière ; ces deux artères sont adossées l'une à l'autre, mais l'aorte est en avant ; la pulmonaire offre un diamètre double de l'aorte, cette dernière se recourbe bientôt et fournit le canal artériel qui va s'ouvrir à l'endroit où l'artère pulmonaire se bifurque ; ce canal paraît oblitéré.

J'ai déjà parlé de l'origine des veines caves et pulmonaires, je regrette de ne pouvoir indiquer les rapports des bronches avec ces parties, mais je les ai enlevées pour mieux voir l'origine des vaisseaux, sans penser à remarquer d'abord leurs rapports mutuels.

Tout est remarquable dans le cas qui vient d'être mentionné. D'abord comment cet enfant a-t-il pu vivre si long-temps avec ce cœur de reptile ? Et 2° comment avec ce mélange continuel des deux sangs n'était-il pas constamment cyanosé, car à moins que l'individu ne fût malade ou un peu indisposé rien n'indiquait ce mélange. En effet, la cyanose ne survenait que lorsque l'enfant se refroidissait ou que quelque cause dérangeait sa respiration. La fréquence de cette fonction suppléait-elle à l'altération du sang par le fait de son mélange ? C'est ce que nous ne pouvons dire n'ayant pas vu l'enfant dans l'état de santé ; mais il est certain que dès qu'il y a eu inflammation du poumon, la vie a dû cesser promptement, car il fallait toute l'intégrité de cet organe pour suffire à l'oxidation du sang.

L'exiguité des orifices aortique et pulmonaire explique les angoisses et la gêne de la respiration, vu la difficulté que devait éprouver le sang pour sortir du ventricule en franchissant ces ouvertures.

Le sang qui arrivait dans le poumon déjà en partie oxigéné, se chargeait-il d'une dose d'oxigène supérieure à celle que peut avoir le sang artériel ordinaire ? Cette dose d'oxigène se répandait-elle ensuite dans le reste du sang à demi oxidé, et compensait-elle son défaut d'oxigénation ? Nous ne pouvons que poser cela en question.

Le cas dont je viens de parler n'est pas unique, puisque M. le docteur Panchaud a vu dans le Musée anatomique de Varsovie un cœur à un seul ventricule, qui avait appartenu à un individu du sexe masculin, qui était parvenu à l'âge de vingt-un ans ; il est cependant extrêmement rare, et il nous montre combien la nature a de ressources pour entretenir la vie avec des conditions qui s'écartent autant de ce que nous révèlent nos connaissances physiologiques.

J'ai l'honneur d'être avec la considération la plus distinguée.

L. Durand, *docteur en chirurgie.*

Lorsque l'on rencontre un fait qui s'éloigne de ceux que présente l'observation journalière, on est assez disposé à croire que ce fait est unique ou excessivement rare. C'est ordinairement sous cette préoccupation, et sans avoir entrepris des recherches suffisantes, qu'on livre à la publicité et que l'on commente les faits de ce genre. L'observation précédente offre sans doute beaucoup d'intérêt, mais l'auteur n'eût point posé les questions qui terminent son travail, s'il eût seulement jeté les yeux sur le paragraphe troisième de l'article *cœur*, de la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine.*

Voici la réponse à la première question : « Comment, dit l'auteur, cet enfant a-t-il pu vivre si long-temps avec ce cœur de reptile ? » Je réponds que la vie s'est entretenue chez cet enfant comme chez bon nombre d'autres, dont le cœur offrait une analogie de conformation avec le cœur des reptiles, et qui cependant ne sont pas morts à la naissance. J'ai indiqué dans l'article cité plus haut six observations où le cœur, réduit à une oreillette et un ventricule, rappelait la circulation des batraciens; j'y ai également rapporté quatre cas où le cœur, plus avancé dans son développement, offrait deux oreillettes en communication avec un *seul* ventricule. Or, parmi les sujets de ces observations, l'un a vécu sept jours, un autre six mois, un autre dix mois et demi, un autre vingt-deux ans, un autre vingt-quatre ans. On a trouvé l'orifice auriculo-ventriculaire droit oblitéré, comme dans l'observation précédente, chez un homme âgé de vingt-un ans (*Arch. génér. de méd.*, tom. VIII, pag. 274).

Quant à la deuxième question proposée par M. Durand, il est plus facile encore d'y répondre. « Comment, dit-il, avec ce mélange continuel des deux sangs, l'enfant n'était-il pas constamment cyanosé ? » Il est bien connu aujourd'hui (et cela est démontré par une foule d'observations) que le mélange des deux sangs ne cause pas la cyanose, et que celle-ci ne se montre que lorsqu'il survient accidentellement un trouble notable dans la circulation veineuse et la respiration. L'observation qu'on vient de lire ressemble, sous ce rapport, à toutes celles qui ont été publiées sur les communications contre nature, entre les cavités du cœur, et ne fait que confirmer une doctrine que ce n'est pas ici le lieu de développer.

BÉRARD aîné.

IV. — DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS IODURÉES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES, LYMPHATIQUES, ET HYDROPISIES DES ARTICULATIONS.

On lit dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, livraison d'octobre 1835, troisième année, un article ou dissertation sur les tumeurs blanches et lymphatiques des articulations. L'épigraphe placée en tête, tirée des leçons d'*Abernethy*, me faisait penser qu'on allait indiquer un mode de traitement plus rationnel que ceux suivis jusqu'à ce jour par les praticiens; mais on n'y trouve rien autre que ce que l'on pratique chaque jour : même les deux premières observations qui commencent cet article, prouvent l'insuffisance des moyens employés.

En 1834, j'ai communiqué à la Société royale de Toulouse des Mémoires sur le même sujet, et sur l'emploi d'une médication qui a obtenu entre mes mains les résultats les plus satisfaisans contre ces affections; et récemment je viens d'avoir une occasion qui m'a confirmé dans les avantages qu'on en peut tirer dans la pratique.

Un journal de médecine ayant rendu compte que M. le docteur *Lugol* avait lu à l'Académie des Sciences un Mémoire sur l'administration de l'iode et ses préparations contre les scrophules, il en résultait qu'il avait obtenu, par l'emploi de cette substance, la guérison de plusieurs tumeurs lymphatiques; qu'il l'administrait et en composait des eaux minérales iodurées, des pommades, solutions, bains et caustiques, dont l'iode et iodure de potassium formaient la base. Guidé par analogie, j'ai employé avec succès contre des tumeurs lymphatiques volumineuses, tumeurs blanches et hydropisies des articulations, même orchite, les préparations iodurées, le *proto-iodure de mercure*, sous forme de pommade, en frictions, et tout me porte à croire qu'en bains, lotions et solutions, cette préparation doit obtenir les plus grands succès.

Le proto-iodure de mercure paraît avoir la plus grande influence sur le système lymphatique, les vaisseaux absorbans, en activer les fonctions, les exciter et les stimuler; mais on doit ne l'employer qu'autant qu'on aura calmé les irritations et phlegmasies aiguës, et ce n'est que lorsque passé à l'état chronique indolent et stationnaire, que cet emploi peut avoir lieu et obtenir des succès sans crainte d'en exaspérer la maladie. On doit en outre n'employer cette préparation qu'en commençant par de faibles doses, les augmentant graduellement en observant toutefois leur mode d'action, car son activité très grande peut influer parfois d'une manière dangereuse, et donner lieu à de graves accidens.

La dissertation sur les tumeurs blanches lymphatiques et hydropisies des articulations, citée plus haut, ayant embrassé et suffisamment décrit ces affections, je n'en traiterai pas, et y renvoie le lecteur : je me contenterai de présenter quelques faits concluans tirés de ma clinique civile et militaire, surtout de cette dernière lorsque j'étais officier de santé en chef de l'hôpital militaire de Briançon, de 1381 à 1835. Heureux si j'ai pu appeler l'attention des praticiens sur l'emploi d'une médication qui promet les plus grands avantages contre des affections qui jusqu'à ce jour ont été l'écueil de l'art de guérir.

Ire Observation. — *Tumeur lymphatique volumineuse située à la fesse gauche, guérie par les préparations iodurées.*

M. Dupoux, ex-soldat au vingt-sixième régiment d'infanterie de ligne, éprouva au mois de septembre 1823 une douleur sourde profonde à la partie moyenne inférieure de la fesse gauche, occasionée par un froid humide; s'étant assis sur un banc de pierre mouillé, il ne fit aucune attention à cette douleur, mais à la fin de l'hiver, une tumeur se manifesta et s'accrut rapidement; son chirurgien-major en fit l'ouverture; il en sortit un liquide de nature lymphatique, et la plaie resta fistuleuse. Après un traitement long et infructueux, on réforma ce militaire. En passant à Lyon, M. Dupoux entra à l'hôpital, espérant y guérir, et, après un long séjour, il en sortit dans le même état, et se rendit dans ses foyers à Serres (Hautes-Alpes), et ce ne fut que quelques mois après sa rentrée chez lui, que la fistule se guérit.

En 1832, employé chez le receveur des finan-

ces de Briançon comme secrétaire, une tumeur nouvelle apparut au même lieu que la première, elle s'accrut et devint d'un volume tel, qu'elle envahit les deux tiers inférieurs de la fesse; elle avait six pouces de diamètre et paraissait en avoir autant de son fond à son sommet; une fluctuation pâteuse s'y faisait sentir, exempte de douleurs, et ne le gênait que pour s'asseoir. Ce ne fut qu'au mois de mars 1833, que M. Dupoux se décida à me consulter, mais il répugnait à ce qu'on en fît l'ouverture, dans la crainte d'éprouver les mêmes accidens qui avaient eu lieu lorsqu'on avait opéré la première. M'étant fait rendre compte de ce qui avait précédé cette seconde tumeur, et des traitemens pratiqués, je craignis d'avoir affaire à un abcès par congestion, mais le malade n'avait nullement éprouvé les symptômes propres à cette affection. Je résolus de tenter l'emploi des préparations iodurées, afin de résoudre cette tumeur, remettant à l'opérer si cela devenait nécessaire; en conséquence, je fis faire une pommade ainsi : *proto-iodure de mercure*, un gros, axonge lavée, quatre onces, ainsi seize grains d'iodure par once; des frictions faites avec cette pommade, d'un demi-gros par jour pendant quinze jours; puis augmentant à deux frictions en vingt-quatre heures à la même dose, et sur toute l'étendue de la tumeur. Les frictions, commencées seulement en juin, durèrent jusqu'au premier septembre, que des voyages et occupations forcèrent de suspendre; la tumeur était seulement ramollie et plus circonscrite : en octobre, on reprit les frictions, dès lors chaque jour la tumeur diminua lentement, et au 1er janvier 1834, il n'en existait aucune trace. Pendant l'application des frictions, la tumeur était recouverte constamment d'un papier qu'on ne changeait que lorsqu'il était déchiré; je pense qu'on pourrait employer plus avantageusement le tissu d'une vessie de porc. Les boissons émollientes ont été seules administrées. En 1835, au moment de mon départ de Briançon, M. Dupoux jouissait d'une bonne santé, et sa tumeur n'avait pas reparu.

IIe Observation. — *Chute sur le genou droit, tuméfaction, hydropisie de l'articulation.*

Him (Michel), tambour-major du premier régiment d'infanterie de ligne, fit une chute sur le genou droit, il y survint une tuméfaction inflammatoire, augmentée par la marche; cet accident, survenu le 8 mai 1834, le força d'entrer à l'hôpital le 20; la tuméfaction était très forte et rouge, siége de profonde douleurs; je fis faire deux applications de sangsues et recouvrir la tumeur de cataplasmes; les accidens inflammatoires disparurent le quinzième jour ainsi que la douleur; le genou avait une grosseur du double que l'état ordinaire, on y sentait une fluctuation latérale, la rotule était enfoncée, la tumeur la débordait, des rubéfians appliqués successivement autour de la tumeur ne produisirent aucun effet; alors je me décidai à l'emploi de la pommade de proto-iodure de mercure; le 15 juin, la première friction fut faite, le 22 on remarquait déjà une légère diminution, et le 11 juillet suivant le genou était redevenu à son état normal, plus de liquide, seulement une roideur et gêne dans les mouvemens de l'articulation; un séjour d'un mois aux eaux minérales du Monestier de Briançon, et des douches, amenèrent la guérison complète.

IIIe Observation. — *Hydropisie du genou gauche produite par contusion.*

Leroy (Adolphe-Jean), soldat au premier régiment d'infanterie de ligne, est entré à l'hôpital le 5 juillet 1834, pour hydropisie du genou gauche produite par la chute d'une pierre assez volumineuse et de haut; cet accident datait du 10 ou 11 juin, l'existence du liquide était manifeste; des sangsues et ventouses scarifiées placées sur la tumeur n'ayant produit aucun effet, j'eus recours à la pommade iodurée comme dessus, j'en obtins le même résultat que chez Him, et le 15 septembre il sortit parfaitement guéri.

IVe Observation. — *Tumeur blanche du genou gauche.*

Thérèse Malenfer, fille Champagne, vit sans cause connue son genou gauche augmenter de volume et exempt de douleurs; porteuse de sel à la saline d'Arc-ès-Senau (Doubs), elle en éprouvait une gêne considérable pour la marche et surtout pour monter les escaliers des magasins. Elle me consulta le 27 juin 1835; la tumeur était volumineuse, indolente, assez rénitente, sans fluctuation sensible, demi-flexion du genou, les têtes articulaires fémorales et tibiales paraissent augmentées de volume, point de changement dans la coloration des tissus cutanés. Le 13 juillet je fis faire des frictions avec la même pommade que chez les précédens malades, elles furent continuées jusque vers le 15 septembre, époque où la tumeur était totalement disparue, le genou revenu à son état naturel; déjà deux mois sont près d'être écoulés sans récidive.

Ve Observation. — *Orchite aiguë passée à l'état chronique.*

Les bons effets obtenus sur les engorgemens lymphatiques et tumeurs blanches par la pommade de proto-iodure de mercure, m'ont conduit à en faire l'emploi contre l'engorgement du testicule appelé orchite syphilitique, et j'ai eu lieu d'être satisfait de cet emploi.

M. L...., officier d'artillerie, avait été atteint d'uréthrite en septembre 1833, cet écoulement fut traité et supprimé en peu de jours. Etant venu tenir garnison à Briançon au mois de décembre, en juin 1834, des douleurs nocturnes et une éruption pustuleuse sur la face et le corps se manifestèrent; ayant entendu vanter les propriétés des eaux thermales du Monestier dit de Briançon, il s'y rendit et y séjourna jusqu'en août, mais l'usage abusif de ces eaux, en bains et boissons, influèrent sur sa constitution déjà très faible, en sorte qu'il avait peine à se mouvoir; il chercha par l'exercice du cheval à rétablir ses forces, et une contusion qu'il éprouva en montant à cheval, sur le testicule gauche, en détermina l'engorgement inflammatoire, cet organe devint très volumineux et le siége de fortes douleurs; il entra à l'hôpital le 24 août.

A l'exploration de la tumeur, je remarquai qu'elle avait environ quatre pouces de circon-

férence et était très enflammée ; depuis son uréthrite cet officier avait souvent éprouvé des tiraillemens dans cet organe et les vaisseaux du cordon spermatique, ce qui me fit craindre l'état syphilitique de cet organe; les cataplasmes, les demi-bains, frictions mercurielles alternativement employées, amenèrent la cessation des douleurs et inflammation, mais le testicule indolent et toujours volumineux me fit employer la pommade iodurée simple, je n'en obtins aucun résultat; alors j'y substituai celle de proto-iodure de mercure à la dose de huit grains par once d'axonge ; j'en fis faire des frictions sur le scrotum ainsi que sur un bubon ou adénite inguinale, qui s'était manifesté depuis vingt jours. On était lors au 10 septembre ; à la douzième friction le bubon avait disparu, la tunique vaginale qui contenait une quantité de liquide, et le gonflement du testicule, diminuèrent progressivement; en sorte que le 7 novembre, tout était disparu et le testicule réduit à son état naturel. Cet officier sortit de l'hôpital, et depuis lors il n'a éprouvé aucun accident.

CARRÉ, D. M.
Chirurgien de la saline d'Arc-ès-Senau (Doubs).

VI. OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'OXIDE BLANC D'ANTIMOINE CONTRE LES PHLEGMASIES PULMONAIRES.

Si j'écrivais aujourd'hui un mémoire sur les phlegmasies pulmonaires, j'y placerais en tête cette épigraphe : Les préparations antimoniales sont amies des poumons; parce que je suis convaincu des avantages qu'on retire tous les jours de leur emploi contre les maladies variées et fréquentes auxquelles les organes sont exposés par l'importance des fonctions qu'ils sont appelés à remplir.

Ces avantages n'avaient pas échappé aux investigations rigoureuses des anciens. Un médecin célèbre du siècle dernier y avait fréquemment recours dans les maladies de l'appareil de la respiration, et son *ratio medendi* est là pour transmettre à la postérité les nombreux succès que le praticien de Vienne dut à l'antimoine administré sous diverses formes.

Depuis plusieurs années beaucoup de médecins de tous les pays ont proclamé, par la voie des annales de la science, les nombreuses guérisons qu'ils ont obtenues par l'emploi du tartre stibié administré à des doses élevées. Je n'entretiendrai pas aujourd'hui le public médical de ce composé antimonié, puisque, à une autre époque, j'ai fait connaître les résultats heureux que j'ai dus à l'usage de ce sel.

Moins enthousiastes de la doctrine physiologique, et admettant néanmoins les services immenses qu'elle a rendus à l'art de guérir, les médecins de la capitale, ramenés vers un sage éclectisme, sont aussi revenus à des médications plus actives. Parmi les substances nombreuses introduites depuis quelques années dans la thérapeutique, il faut compter l'oxide blanc d'antimoine. Ce médicament, tant vanté des anciens sous le nom d'antimoine diaphorétique, était presque abandonné, lorsque de nos jours un savant médecin, M. le docteur Récamier, et quelques autres praticiens de Paris, l'ont remis en vigueur contre les phlegmasies pulmonaires.

Les observations suivantes, que je présenterai le plus succinctement qu'il me sera possible, viendront augmenter les faits qui sont favorables à ce médicament. Je n'entends donc pas donner quelque chose de nouveau, mais bien appeler de plus en plus l'attention des médecins sur un agent thérapeutique qui m'a paru recéler des propriétés d'une haute importance.

Ire *Observation.* — M. Olivet, marchand de vins, d'une santé souvent très dérangée, éprouve sans cause appréciable tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie, qui, malgré l'emploi de tous les moyens rationnels auxquels on a ordinairement recours contre cette maladie, était parvenue à un état de gravité tellement avancé, que je crus la position du malade tout-à-fait désespérée. Pouls très fréquent, gêne de la respiration considérable, sueurs colliquatives, expectoration difficile, pour ne pas dire presque nulle; son mat dans une très grande étendue du côté gauche du thorax, décubitus en supination. En désespoir de salut je prescris la potion suivante :

℞ Eau distillée de laitue. . . ℥v
— de fleur d'oranger. . ℥j
Sirop diacode. . . . . ℥j
Oxide blanc d'antimoine. . ℥j
Gom. arab. . . . . q. s.
M : S : L :

à prendre par cuillerée d'heure en heure. L'ingestion de ce remède ne produit aucun phénomène apparent, ni vomissemens, ni selles, etc., et cependant au bout de quelques heures diminution déjà apercevable dans la série des symptômes indiqués plus haut. Le médicament est continué à la même dose pendant six jours, après quoi le malade entre en convalescence.

IIe *Observation.* — Mademoiselle G., âgée de quarante-huit ans, d'un tempérament nervo-sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'est plus réglée depuis deux années. Dans le courant du mois d'octobre 1833, après s'être livrée à un travail pénible qui avait provoqué beaucoup de sueur, elle s'expose à une température très basse, et est prise, dans la nuit suivante, d'une violente douleur du côté gauche de la poitrine. Je vois la malade le second jour : elle se refuse à toute espèce de saignées soit générales soit locales. Tisane de fleurs pectorales édulcorée avec le sirop de capillaire, et potion composée comme ci-après :

℞ Eau de laitue. . . . . ℥vi
Sirop diacode. . . . . ℥i
Oxide bl. d'antimoine. *t) ji*
Gomme arab. . . . . *q. s.*
f. s. L.

à prendre par cuillerée d'heure en heure. Sinapismes sur les membres inférieurs et sur le côté opposé à celui de la douleur. Amélioration progressive sous l'influence de cette potion, qui est prise jusqu'au septième jour à la même dose d'oxide bl. d'antimoine ; on réduit ce dernier d'un scrupule, et le dixième jour la malade allant très bien, elle est mise à l'usage de l'eau

de poulet, de dattes et de jujubes. On lui permit aussi quelques cuillerées de lait de vache coupé avec l'infusion de fleurs de mauve sucrée. Le quatorzième la convalescence est confirmée.

IIIe *Observation.* — M. Bonnet, d'un tempérament sanguin, dans la force de l'âge, trente-cinq ans, éprouva, le 1er mars 1835, tous les symptômes d'un travail grave du côté des poumons : toux pénible amenant des crachats rouillés, douleur excessive sous le téton droit; orthopnée, décubitus en supination; pouls fréquent et plein; céphalalgie très intense, insomnie, etc. Traitement empirique pendant les quatre ou cinq premiers jours, d'après l'avis des commères du logis. Le cinquième jour, dans la soirée, je vois ce malade : les symptômes relatés plus haut sont parvenus à leur summum d'intensité; l'expectoration est on ne peut plus difficile, il y a presque un commencement de râle. J'avoue que l'état de ce malade m'effraya; je comptais peu sur la puissance des moyens que j'allais employer. Voici ceux que j'indiquai : tisane pectorale *miellée*, potion comme dans l'observation précédente, avec un gros d'oxide blanc d'antimoine, à prendre également d'heure en heure, douze sangsues sur le point de côté; quatre grands vésicatoires locuplétés au bras. Le lendemain matin, à ma grande satisfaction, je trouve mon malade beaucoup mieux : les crachats sont moins rouillés et viennent plus facilement; le jeu des poumons est devenu plus facile. La même potion est continuée pendant cinq jours; après ce laps de temps, le malade allant très bien, le traitement est réduit à des boissons mucilagineuses et au lait sucré; et après quelques jours encore, la convalescence est confirmée.

IVe *Observation.* — M. Thiard, âgé de quarante-huit ans, marchand de vins, d'un tempérament sanguin, d'une santé habituellement bonne, le 28 mars 1834 ressent un très grand malaise, et tousse un peu avec point de côté; céphalalgie sus-orbitaire, anorexie, soif. Comme cela se pratique fréquemment dans le peuple, on ne consulte pas d'abord le médecin, on a recours à la méthode de *fauctorius*, et afin de procurer force sueur, on prodigue les boissons stimulantes les plus fortes.

Le 3 avril les symptômes ont acquis plus d'intensité. Ce jour là je vois le malade : le pouls étant très fréquent et très plein, je proposai une saignée du bras, et secondairement l'application de quatorze sangsues sur le côté douloureux, dans le cas toutefois où la douleur pleurétique ne se serait pas amendée sous l'influence de la saignée générale. Ces deux moyens sont rejetés, les suivans seuls sont acceptés : tisane pectorale édulcorée avec le sirop de capillaire, et parfois avec le miel blanc de Narbonne; potion avec eau de laitue, ℥vi; sirop diacode, ℥j; oxide blanc d'antimoine, ℥i; prise par cuillerée d'heure en heure. Cette médication est suivie très facilement; et au bout de trois jours l'amélioration est telle que le malade réclame des alimens; on lui accorde une crême d'avoine. La constipation existant depuis l'invasion de la maladie, je prescris une once d'huile de ricin, qui provoque plusieurs selles copieuses. La malade allant toujours de mieux en mieux, je cesse mes visites.

Je m'arrête à ces quatre observations; j'aurais pu en fournir un plus grand nombre, mais à quoi bon multiplier des faits qui ont souvent entre eux des traits de ressemblance? Comme praticien je parle à des praticiens dont plusieurs ont déjà manié l'agent thérapeutique qui fait le sujet de ce petit travail. J'ai voulu leur faire connaître les succès que j'avais obtenus de l'emploi d'un médicament qui a une action très salutaire contre les phlegmasies pulmonaires, sans qu'il soit possible d'expliquer cette action. Mais ici, comme dans bien d'autres circonstances, nous devons nous en tenir à relater les phénomènes les plus saillans que nous avons remarqués; vouloir aller plus loin, on risque de s'égarer dans le champ des hypothèses.

LEVRAT-PERROTTON, D. M. P.,
Médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc.

HYPERTROPHIE DE LA GLANDE PROSTATE, CALCULS VÉSICAUX, CYSTITE CHRONIQUE AVEC ULCÉRATION, TENTATIVES DE LITHOTRITIE.

M. A**, ancien avocat, âgé de 76 ans, se croyait atteint de paralysie de vessie depuis plus de trente ans; cependant il était obligé de satisfaire plusieurs fois, par le cathétérisme, à des besoins pressans d'uriner. Habitué à se sonder lui-même, il avait remarqué que depuis une douzaine d'années, à mesure que les envies d'uriner devenaient plus fréquentes, les douleurs augmentaient, surtout après l'émission des urines, lesquelles étaient plus chargées, plus glaireuses, et souvent sanglantes.

Appelé pour la première fois, au mois de mars 1833, afin de secourir le malade qui, ayant fourvoyé son algalie dans une ancienne fausse route, n'avait pu pénétrer dans la vessie, je sentis avec ma sonde un calcul dont on ne soupçonnait pas l'existence.

M. A**, faible, amaigri, mais très courageux, avait la peau d'une teinte jaunâtre. Les urines pâles et souvent mélangées de sang, déposaient une matière blanchâtre, purulente. De violentes épreintes et des douleurs aiguës suivaient presque toujours l'excrétion de l'urine, mais étaient de courte durée. Le doigt introduit dans le rectum me fit reconnaître une tuméfaction de la glande prostate dont je ne pus apprécier l'étendue, à cause d'hémorrhoïdes volumineuses et très sensibles à une légère pression. Les voies digestives étaient en assez bon état, et la fièvre ne survenait qu'après d'excessives douleurs pour se calmer bientôt.

Interrogé s'il y avait possibilité d'extraire le calcul, afin de faire disparaître ou d'apaiser les souffrances et prolonger une vie devenue insupportable, je répondis que vu l'âge, le dépérissement du malade, et surtout le mauvais état de la vessie, la cystotomie serait une opération mortelle; que la lithotritie offrirait peut-être une chance de succès, si l'altération des organes n'était pas trop profonde, si la pierre n'était pas trop dure ou trop volumineuse, etc., parce que M. A** étant habitué à n'uriner qu'a-

vec la sonde, l'introduction du lithotriteur n'occasionerait guère plus d'irritation, en ayant soin de ne pas faire de longues explorations, et de ne broyer le calcul qu'autant qu'il serait saisi pour ainsi dire du premier coup. Il fut décidé que l'on tenterait l'emploi de la lithotritie. Dès la première séance je réussis à mon gré : un petit calcul fut promptement saisi et attaqué sur deux points seulement, pour ne pas trop fatiguer le patient. L'opération fut terminée par une injection d'eau tiède dans la vessie, au moyen d'une grosse sonde à double courant. M. A** souffrit peu; il était *enchanté*. Je fus moins heureux aux deux opérations suivantes : ayant injecté peu d'eau, je ne pus saisir ni déplacer le calcul; il semblait être environné de brides et de fongosités qui gênaient le développement du litholabe. Cette circonstance me faisant craindre une affection plus grave que je ne le croyais d'abord, m'avait découragé. Néanmoins M. le docteur Civiale, consulté, tout en prévoyant la fin prochaine du malade, si l'on ne se hâtait de le débarrasser de la pierre, jugea qu'il fallait continuer les opérations, puisque le calcul avait pu être saisi facilement une première fois, et que les tentatives déjà faites n'avaient en aucune manière aggravé la maladie. La lithotritie fut reprise. Ayant injecté quatre à cinq onces d'eau tiède, et fait élever beaucoup le bassin, l'instrument porté plus profondément et au delà des fongosités que je croyais exister près du col de la vessie, je constatai l'existence de plusieurs calculs, dont un me paraissait très volumineux. Je ne conservai plus dès lors le moindre espoir de réussite. Toutefois, M. A**, qui éprouvait toujours un peu de soulagement après chaque opération, me pressait de continuer. Trois calculs à peu près de même grosseur furent attaqués dans trois différentes séances; j'en brisai un dont je broyai plusieurs fragmens; mais je ne pus jamais fixer solidement la grosse pierre. Je cessai peu à peu mes opérations lithotritiques en alongeant les intervalles des séances, et le patient épuisé bientôt par la fièvre et une diarrhée continue, mourut le 2 juin.

A l'autopsie on trouva la vessie très ample. L'épaisseur de ses parois, de quatre lignes au col, va diminuant jusqu'au sommet, où elle n'en a plus que deux. La membrane muqueuse est de couleur ardoisée, marquée de points rouges brunâtres, et d'arborisations rouges plus prononcées autour du col. La paroi postérieure offre un grand nombre de loges plus ou moins larges, et le bas-fond de petites végétations conoïdes, longues de cinq à six lignes, tenant par leur base à la membrane muqueuse, dont elles ont la couleur et ne sont qu'un prolongement. A la face antérieure et un peu latérale droite, la muqueuse, ulcérée dans l'étendue d'un pouce carré, laisse à nu les fibres musculaires. La prostate a un volume considérable. Enveloppée par un tissu charnu plus épais en haut qu'en bas, et qui se continue avec celui de la vessie, elle présente deux lobes latéraux dont le gauche a trois pouces et demi de longueur, et le droit trois pouces. La partie postérieure ou base passe à travers le col, et pénètre d'un pouce et demi à gauche et d'un pouce à droite; elle est recouverte immédiatement par la membrane muqueuse. La prostate, comprimée circulairement par les fibres musculaires qui forment le sphincter du col vésical, offre en ce point six pouces et demi de circonférence, et à sa base, sept pouces deux lignes. L'épaisseur du lobe gauche est d'un pouce et demi; sa hauteur de deux pouces deux lignes. L'épaisseur du lobe droit est d'un pouce deux lignes; sa hauteur, de deux pouces. La portion transverse de la glande qui joint inférieurement les deux lobes a trois lignes d'épaisseur. La portion prostatique de l'urètre, d'un blanc rosé, parcourue par de légères arborisations rouges, est très dilatée, ainsi que le col de la vessie. A gauche, la membrane, décollée dans une grande étendue, offre, à côté et un peu en arrière du veru montanum, deux longues déchirures (un pouce et demi) situées l'une au dessus de l'autre, qui laissent à découvert le tissu glanduleux. La muqueuse vésicale qui tapisse le tiers postérieur ou environ du canal formé par la prostate, et va se continuer avec celle de l'urètre, présente plusieurs taches irrégulièrement arrondies, d'une teinte ardoisée, foncée. Ces points, où la membrane est profondément altérée et comme usée, paraissent être la trace du séjour prolongé ou fréquemment réitéré des petits calculs aplatis qui existaient dans le réservoir de l'urine. On remarque de plus, à gauche, deux déchirures, par lesquelles les fausses routes communiquent dans la poche vésicale. Les bords de ces solutions de continuité sont cicatrisés, et la languette membraneuse qui les sépare est épaissie, indurée. La glande forme au dessus de la muqueuse des bosselures plus ou moins prononcées; son tissu a généralement la couleur et la fermeté normales. Quelques lobules ont une teinte rougeâtre; un seul, assez développé, situé à la base, est ramolli et contient une matière purulente très fluide.

On a trouvé dans la vessie une pierre de forme ovale, ayant deux pouces de longueur, un pouce et demi de largeur, et dix lignes d'épaisseur; trois autres, plates, oblongues ou irrégulièrement arrondies (8 à 12 lignes de diamètre), dont deux fortement entamées par le lithotriteur; enfin cinq petits fragmens, résultat du brisement d'un calcul de même grosseur que ces dernières. Ces corps étrangers, composés d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien, étaient cachés en partie sous la saillie de la prostate; ce qui explique assez la difficulté et même l'impossibilité qu'il y aurait quelquefois à reconnaître ou à saisir un calcul en pareil cas.

De ce qui vient d'être exposé on peut conclure : 1° que M. A** était moins affecté de paralysie de vessie que de rétention d'urine, occasionée par la tuméfaction de la prostate, dont la base, comprimée par les parois vésicales, formait un obstacle à la miction d'autant plus insurmontable que les efforts pour la produire étaient plus violens. 2° Qu'un gonflement même considérable de la prostate ne contre-indique pas absolument l'emploi de la lithothritie; car dans notre observation, l'instrument a toujours pénéré sans difficultés et sans occasioner de vives douleurs; mais pour opérer dans ce cas, le bassin doit être très élevé, afin de dégager la pierre de dessous la tumeur prostatique. 3° Que

l'affection de la vessie et celle de la prostate étaient trop graves pour laisser espoir de guérison; les calculs trop nombreux, et un surtout trop volumineux pour qu'ils eussent pu être détruits en peu de temps, point essentiel dans la position du malade, afin d'obtenir une cure palliative. 4° Enfin, que la prostate ne présente évidemment ici que deux lobes latéraux; ce qui tend à confirmer l'opinion de plusieurs anatomistes sur la structure de cette glande.

J. S. CASTARA, D. M. P.

Chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Lunéville.

RHUMATISME ARTICULAIRE TRAITÉ PAR LES FRICTIONS MERCURIELLES.

J'ai l'honneur de vous adresser deux observations qui me paraissent présenter assez d'intérêt pour mériter la publicité. L'une est un rhumatisme synovial des plus aigus guéri par l'onguent mercuriel à hautes doses. C'est un fait de plus en faveur de ce traitement, ajouté à ceux relatés dans votre inappréciable journal; l'autre est un catarrhe suffocant guéri par les émissions sanguines.

C., vigneron, âgé de trente-six ans, d'une petite stature, d'un tempérament sanguin, mais très irritable, éprouva dans le courant de février des douleurs vagues dans les articulations fémoro-tibiales, et quelques accès de fièvre intermittente. Vers le 20 du même mois, le malade commence à ressentir à la région lombaire et aux articulations tibio-tarsiennes des douleurs assez vives. Le médecin qu'il consulta alors lui prescrivit des frictions d'eau-de-vie camphrée sur les parties souffrantes. Malgré les instances du malade pour une saignée ou des sangsues, ce traitement fut continué jusqu'au 28, où le malheureux ne pouvant résister à ses douleurs, qu'exaspéraient encore ses frictions, réclama mes soins. Tel était alors son état.

Les articulations tibio-tarsiennes, quoique peu gonflées et sans rougeur, étaient excessivement douloureuses au plus léger contact; le moindre mouvement les exaspérait; aussi le malade couché en supination restait-il immobile dans son lit. D'ailleurs, inappétence, soif vive, langue nette et humide, molle sensibilité à l'épigastre, constipation, urines très rouges, pouls dur et très fréquent. Les sueurs sont abondantes pendant la nuit. — Prescription : 40 sangsues autour des articulations, cataplasmes laudanisés à la dose d'un gros chaque, lavement émollient, limonade, diète absolue; un grain d'opium dans la soirée, et un bain pour le lendemain. Le soir même il y eut un amendement tellement considérable que le malade se crut guéri.

Le 1er mars nous le vîmes à la sortie du bain, et nous apprîmes que dans la nuit les genoux et la jambe gauche étaient devenus douloureux. Sensibilité excessive de la face dorsale des pieds, œdème aux articulations tibio-tarsiennes, douleur, rougeur et gonflement des genoux, même soif, mêmes fréquence et dureté du pouls. — Prescription : saignée de seize onces, qui n'eut d'autre effet que de diminuer la dureté du pouls; cataplasmes autour des articulations; dix-huit gouttes de laudanum pour la nuit, qui se passa dans la plus complète insomnie et dans une transpiration abondante.

Le 2, les hanches, le cou, les épaules, les coudes, les poignets, les mains, étaient pris; en sorte qu'il n'y avait pas une seule articulation de libre. Le malade ne pouvait exécuter le plus léger mouvement sans éprouver les plus horribles douleurs. La diète longue et sévère à laquelle le malade s'était soumis depuis le commencement de sa maladie, les deux émissions sanguines abondantes que nous lui avions faites, les sueurs excessives qu'il éprouvait, l'avaient réduit à un état de faiblesse tel que nous ne pouvions nous permettre de recourir à de nouvelles saignées. Nous maintînmes le malade à la limonade et à la diète, et restâmes quelque temps dans l'expectative, espérant que l'inflammation ayant parcouru toutes les articulations, et étant parvenue à son plus haut période, s'amenderait d'elle-même.

Mais le 4, voyant le malade toujours en proie à ses souffrances, baignant dans sa sueur, fatigué de l'immobilité qu'il était obligé de garder, nous prescrivîmes une once et demie d'onguent mercuriel double, pour quatre frictions sur l'abdomen, à une heure d'intervalle chacune. En quarante-huit heures toutes les articulations furent libres; mais comme quelques unes conservaient encore de la douleur, le traitement fut continué jusqu'au 10, où l'abondance des selles nous le fit suspendre. Les genoux étant encore douloureux, nous appliquâmes trois ventouses scarifiées qui enlevèrent les douleurs. Le 13 la salivation commença; au bout de huit à dix jours elle disparut, et le malade fut guéri sans récidive.

Cette amélioration subite produite par le mercure a quelque chose d'étonnant et d'inexplicable, Mais quelles que soient les idées médicales que l'on professe, on ne saurait se refuser à l'évidence des faits : ici les antiphlogistiques si bien indiqués ont échoué, et les frictions mercurielles ont enlevé la maladie comme par enchantement. Ce traitement est empirique sans doute, mais l'ignorance où nous sommes du mode d'action du mercure dans cette circonstance, est loin d'être une contradiction dans l'emploi de ce médicament. En médecine, plus qu'en toute autre science peut-être, tout n'est pas explicable; et il y aurait de la déraison à ne vouloir pas employer un médicament dont l'efficacité est reconnue, par cela seul qu'il ne rentre pas dans notre système, ou que son mode d'action se dérobe à notre esprit. En pratique, les faits seuls doivent être la boussole du médecin.

CATARRHE SUFFOCANT.

Le 5 août, à huit heures du soir, je fus appelé près d'une jeune femme nouvellement mariée qui était dans un état imminent de suffocation. J'appris que depuis quelques jours elle souffrait d'un catarrhe bronchique; mais elle n'en avait pas moins vaqué à ses occupations. Ce jour-là ayant beaucoup marché, et à pas

précipités, elle fut obligée vers le soir de se mettre au lit, ne pouvant résister à la gêne qu'elle éprouvait dans la poitrine. Au moment où nous arrivâmes, la dispnée était au plus haut degré; la face exprimait l'angoisse; la respiration haute et fréquente, accompagnée d'un râle très bruyant et d'accès de toux revenant à de longs intervalles, faisait craindre la suffocation; le pouls, petit et faible, se dérobait au tact. Nous pratiquâmes aussitôt une saignée pendant laquelle la malade éprouva quelques mouvemens spasmodiques dans les membres. Dès qu'il se fut écoulé sept à huit onces de sang, le râle disparut, la respiration devint libre, le pouls se releva et la malade se dit guérie. Nous tirâmes une livre de sang, et pour prévenir un nouvel accès, nous prescrivîmes un bain de pied sinapisé et une potion gommeuse où je fis mettre quatre grains d'ipécacuanha. Elle prit une cuillerée de cette potion; mais elle n'eut pas plutôt plongé ses pieds dans le bain qu'elle éprouva une syncope qui fut suivie du râle et de la suffocation. Rappelé de nouveau, je trouvai la malade froide, le pouls insensible, le râle porté au plus haut degré, la suffocation tellement imminente, que nous ne crûmes pas avoir le temps de pratiquer une nouvelle saignée. Néanmoins nous nous empressâmes d'ouvrir la veine. Le sang coulant d'abord lentement, nous avons craint plusieurs fois de voir notre malade expirer; mais dès qu'il se fut écoulé trois à quatre onces de sang, le râle commença à diminuer. Peu à peu le râle et la dyspnée disparurent; et des portes du tombeau nous vîmes avec une joie inexprimable la malade revenir à la vie. Nous laissâmes couler le sang quelque temps encore. Après la saignée il y eut plusieurs syncopes que nous dissipâmes facilement, au moyen d'aspersions d'eau fraîche et de quelques frictions sur la région épigastrique. Des nausées, des efforts même pour vomir, s'en suivirent; mais ils ne produisirent que le rejet de quelques mucosités. Comme elle éprouvait du malaise, de la douleur même à la région épigastrique, nous administrâmes quelques gouttes d'éther sulfurique et de laudanum sur du sucre, qui procurèrent un soulagement marqué. Avant de nous retirer, nous appliquâmes des sinapismes sur les coudepieds, et comme elle éprouvait un froid glacial, je la fis entourer de linge très chaud. Ce traitement eut le meilleur effet, la malade passa une nuit très calme.

Le 6, elle éprouva quelques accès de dispnée, que je combattis par des sinapismes sur les genoux et les mollets; la malade a été ensuite de mieux en mieux; aujourd'hui elle est parfaitement guérie.

Cette observation me paraît intéressante sous plusieurs points de vue. 1° Cette femme, d'un tempérament nervoso-sanguin, a été agitée pendant l'émission sanguine de quelques mouvemens spasmodiques produits par l'impression de la saignée. Dans de semblables circonstances aucun phénomène de cette nature ne doit faire perdre de vue au médecin l'indication qu'il a à remplir. Ces accidens sont passagers, et se dissipent bientôt d'eux-mêmes. 2° L'émission sanguine a triomphé d'une manière miraculeuse de la suffocation, mais elle ne garantit pas du retour. Nous pensons que son action doit être aidée d'un repos complet, si le médecin veut faire usage de révulsifs. Les sinapismes, que l'on peut appliquer sans déranger le malade, conviendront beaucoup mieux que les pédiluves, que l'on ne peut administrer sans lui faire éprouver des mouvemens plus ou moins grands. 3° Dans le catarrhe suffocant, la fonction respiratoire étant gravement compromise, la circulation doit se ressentir fortement de ces désordres. Cependant la faiblesse et la petitesse du pouls, le refroidissement de la périphérie du corps, cet état du malade presque expirant, ne doivent point être considérées comme des contre-indications de la saignée. La dernière saignée, chez cette malade, a été faite dans un cas désespéré; néanmoins lorsqu'il se fut écoulé une certaine quantité de sang, le pouls se releva, et la malade revint à la vie.

C. Gaudon, D. M. P.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

DE L'ONANISME ET DES AUTRES ABUS VÉNÉRIENS CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA SANTÉ, *par M. le docteur* L. Deslandes.

Il est dans la science des objets microscopiques, des accidens sans valeur hors d'eux-mêmes, qui sont tous les jours infructueusement tourmentés par les auteurs, tandis que, soit impuissance, soit déviation systématique, les masses les plus importantes, les sujets d'étiologie les plus culminans trouvent à peine quelqu'un qui veuille bien s'occuper d'eux. Pour justifier cette pénible réflexion, il suffit de dire qu'une durée de quatre-vingts ans va bientôt séparer l'opuscule du vénérable médecin de Lausanne (*Tentamen de morbis ex manustupratione*), de celui que nous annonçons aujourd'hui. Quoi qu'on ait pu dire des inconvéniens du livre de Tissot, il a salutairement rempli sa mission. Dégagé, quoique savant, des formes sévères de la science et de la roideur didactique, il est allé au but par deux chemins, l'un direct, en s'adressant d'une manière terrible au malade et à celui qui travaillait à le devenir; l'autre détourné et plus long, en signalant à l'homme de l'art la source cachée où s'empoisonnent lentement individus et générations, où peut-être s'atrophient et s'effacent des races entières! L'ouvrage de M. Deslandes, moins propre à servir l'humanité par le caractère direct et populaire, est en revanche bien plus complet, bien plus satisfaisant par le caractère scientifique, l'harmonie du tout et la richesse des détails; et puis, comme le titre l'indique, non seulement les suites funestes de la *prostitution*

des doigts y sont recherchées, appréciées, etc... mais aussi celles qui résultent de l'excès des jouissances que l'abus seul rend illégitimes. Cette intéressante monographie est divisée en deux parties. Dans la première, l'auteur, appuyé sur les données de l'anatomie comparée et de la physiologie relatives au rôle important et comme tyrannique des organes génitaux dans l'économie animale, essaye de deviner en quelque sorte le genre d'altérations, de dégradations que peut entraîner la ruine de ce système par la fureur onanique ou l'immodération dans le coït. Cet exercice intellectuel, dans lequel, en pathologie interne, il serait si imprudent de se risquer pour l'appréciation du rapport des autres causes morbides avec leurs effets présumés, d'après nos notions sur l'influence rationnelle et physiologique de ces causes, on peut se le permettre avec plus de succès pour le point d'étiologie dont il est question; aussi, lorsque plus loin M. Deslandes trace l'histoire des maladies qui ont été vues résulter des excès vénériens, il trouve des faits et des faits nombreux à l'appui de tout ce qu'il lui avait été donné de prévoir par le raisonnement. Il ne faut pourtant pas se dissimuler que ces faits, qui viennent si commodément prêter leur témoignage aux *à priori* de l'auteur, ne sont probablement que la source non avouée ou non reconnue, d'où découlent ces *à priori*, en apparence si décisifs, en faveur de cette médecine qui veut nous persuader que la connaissance des conditions anatomiques normales d'un appareil organique et du *mécanisme* physiologique qui en résulte, est au pathologiste et surtout au thérapeutiste pour l'intelligence de l'organisme malade et l'application des méthodes de traitement, ce que la connaissance des pièces et du mécanisme d'une montre est à l'horloger pour la réparer lorsqu'elle ne fonctionne plus ou mal. La seconde partie est consacrée à l'exposition des règles de préservation et de traitement. Ces règles sont comprises dans l'art de remplir les trois indications suivantes : 1° faire que *le désir* qui porte à se masturber ne vienne pas, ou ne revienne plus, ou ait le moins d'empire possible; 2° faire que *la volonté* résiste au désir de se masturber; 3° ôter à ceux qui *désirent* et *veulent* se masturber *le pouvoir* de le faire. Il me serait trop difficile d'exprimer aussi complétement que je le sens à quel point ce plan de prophylaxie résume sévèrement et largement tous les élémens du problème, découvre et éclaire toutes les sources où le praticien peut puiser ses moyens pour une mission si importante et si délicate. Ma tâche n'est pas de suivre l'auteur dans les détails de son cadre; qu'il me suffise de dire que ces détails ne sont au dessous ni du but ni du plan que j'ai fait connaître. Dans un dernier chapitre il est question des moyens de réparation relatifs aux excès vénériens.

Il y a dans M. Deslandes deux hommes, et par suite, dans son livre, la révélation de deux genres de mérite qui n'y sont malheureusement pas combinés dans des proportions égales, tant s'en faut. Il y a l'observateur social, si je puis ainsi dire, l'hygiéniste philosophe, le moraliste plein de finesse et de sagacité, qui dans l'ouvrage que j'analyse a fait sa partie en maître consommé, mais qui a laissé bien loin derrière lui le médecin, ou pour parler plus exactement, le pathologiste; car les qualités que je viens d'attribuer à M. Deslandes accomplissent le vrai médecin. Que les masturbateurs en soient bien avertis : leur signalement est inscrit dans ce livre en caractères si fidèles, depuis ses traits les plus grossiers jusqu'à ses particularités les plus déliées, qu'il sera désormais possible de les montrer au doigt sans crainte de se tromper. On dirait, à la vérité des tableaux, à la pénétration avec laquelle l'auteur a fouillé dans les recoins si dissimulés de l'esprit, des habitudes, du caractère de l'onanique, qu'il les a tracés ces tableaux sous la dictée d'un de ces malheureux, sorti du bourbier et initié par une expérience longue et variée de cette dépravation à ses artifices et à ses raffinemens les plus diaboliques, à ses effets les plus dégradans et les plus meurtriers. Les moyens préventifs, tous les secours tirés de l'hygiène et de la morale, sont parfaitement indiqués et attestent un esprit excellent et plein d'heureuses ressources; or, en pareille matière, la thérapeutique est presque toute là. Pourquoi M. Deslandes n'est-il pas toujours resté dans l'observation directe et naturelle, et a-t-il cru devoir sacrifier au physiologisme et à l'anatomisme modernes! Il est si fécond et si vrai tant qu'il ne sort pas de la première de ces voies; il est si souvent voisin du stérile et du faux quand il descend dans la seconde! Je me hâte de disculper l'homme pour n'accuser que les doctrines. Pour ce qui concerne la partie pathologique de l'ouvrage, l'auteur a fait néanmoins une remarque pleine de vérité, et qui manque bien au livre de Tissot; savoir, que la masturbation produit plutôt des indispositions peu caractérisées et certaines viciations du tempérament, que des maladies ayant une forme précise et une place arrêtée dans les cadres nosologiques. La détérioration onanique, vue d'ensemble, présente deux phénomènes bien distincts : 1° la consomption de tout ce qui est force; 2° l'excitation de tout ce qui est sens. J'aurais préféré que l'auteur eût dit : *l'excitabilité*, ou plutôt encore, *l'éréthisme* de tout ce qui est sens. En effet, les sens du masturbateur sont frustrés d'un stimulus interne, le sperme, qui donne à la sensibilité de l'homme, dont le sang s'en imprégne incessamment par l'absorption, ce caractère de fixité et de résistance dont sont dépourvus les êtres d'un autre sexe, et tous ceux qui, par leur âge, d'avilissantes mutilations ou le vice honteux de l'onanisme manquent de *ce tonique* si précieux. Car nous sommes de ceux qui pensent que les effets si terribles de ce vice peuvent résulter *de la petite quantité* d'humeur qui est alors perdue, bien plutôt que de l'exaltation nerveuse dont elle est accompagnée, et dont on a fait tant de bruit. Les maladies du système nerveux et de la moelle épinière en particulier, les névralgies, le rhumatisme, la goutte, l'amaurose, la démence, sont au nombre des affections que M. Deslandes signale comme le plus communément produites par l'onanisme. Il nie son influence sur la production des scrophules, et par une inconcevable contradiction, il admet que *les maladies tuberculeu-*

ses, et principalement la phthisie pulmonaire, le mal vertébral de Polt, le rachitisme, etc., en sont les conséquences les plus ordinaires. Relativement à ces maladies, et surtout à la phthisie, M. Deslandes a été souvent trop prompt à conclure des excès d'onanisme au développement de la maladie. Les phthisiques sont très salaces et la cause a bien pu quelquefois être prise pour l'effet; et puis combien de masturbateurs qui ne deviennent pas tuberculeux, et réciproquement : cette considération atténue la valeur d'un grand nombre d'observations un peu légèrement invoquées. On pourrait encore se demander si les phlegmasies des membranes muqueuses ont sur le sens génital, pour le stimuler, toute l'influence que leur accorde M. Deslandes. Pour mon compte, je regarde ce fait mis en crédit par l'école physiologique, comme plus que douteux, et si c'était ici le lieu, j'essaierais d'indiquer la cause de l'erreur. La connexion des fonctions génitales et cérébelleuses a été réintégrée par M. Deslandes, mais moins absolument que par Gall et Spurzheim. Il me paraît qu'on investit le cervelet d'une puissance que la moelle épinière pourrait revendiquer à bien plus juste titre. On trouvera dans cette monographie un traité complet des spermatorrhées et la preuve que l'investigation de cette cause efficace de cachexies et de consomptions, est trop négligée dans la pratique. Les applications de sangsues autour des parties génitales, les lotions froides, etc.; moyens conseillés par l'auteur pour abattre le stimulus charnel et éloigner les actes qu'il provoque, me semblent plus nuisibles qu'utiles. On en conviendra sans peine, si on songe combien sont vives et agaçantes les insupportables démangeaisons auxquelles condamnent les plaies des sangsues quelques jours après leur application, et combien est impérieux et voluptueux à satisfaire le besoin d'apaiser cet importun prurit; or, de l'acte par lequel on y parvient, à la masturbation, il n'y a, en vérité, qu'un pas. Quant aux lotions froides, je ne connais pas de moyen plus infaillible d'éteindre un désir actuel, mais aussi d'en allumer de bien plus ardens dans le moment d'après. Enfin, une lacune immense reste à signaler : comment M. Deslandes n'a-t-il pas eu l'idée d'apprécier de quelle manière un organisme détérioré par les excès vénériens répond aux causes ordinaires de maladies? Chapitre d'un intérêt pratique immense, et qui pourrait résumer un traité *ex professo de la malignité* dans les maladies.

Hippocrate, Galien, Tissot, auraient pu fournir à l'auteur quelque butin pour ce chapitre.

H. Pidoux.

—

TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, *par M.* Orfila, *Doyen et Professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.; 3e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée; suivi d'un Traité des exhumations juridiques.* Paris, 1836, 4 forts volumes in-8° et atlas composé de 26 planches, dont 7 coloriées. Prix : 33 fr.

La médecine légale ne suit pas seulement les progrès des autres branches des sciences médicales, mais c'est souvent elle qui détermine ces progrès, en mettant sur la voie de recherches nouvelles. En effet, le médecin expert est tous les jours appelé à résoudre des questions tout à fait insolites, les investigations judiciaires conduisent à chaque instant à des résultats inattendus. De là une foule de solutions qui ne pouvaient être énoncées à l'avance dans la science, et dont il importe que les acquisitions soient constatées. La deuxième édition de l'ouvrage classique de M. le professeur Orfila justifie en tous points les réflexions qui précèdent, et rendent ce nouveau Traité indispensable non seulement aux élèves, mais à tous les praticiens; car tous peuvent être appelés chaque jour à éclairer la justice et à diriger ses recherches dans des cas souvent fort épineux.

Indépendamment des suppressions et des modifications importantes que renferme cette troisième édition, le lecteur jugera de la nouveauté et de l'utilité d'un grand nombre de recherches, en étudiant par exemple les articles relatifs à la coloration des cheveux, à l'osssification, à la dentition et à la conformation du squelette; à l'infanticide, à l'hémorrhagie ombilicale, à l'avortement provoqué, à l'asphyxie par strangulation et suspension, aux blessures, aux taches de sang, aux céphalomatomes, à l'empoisonnement et à la fausse monnaie, etc. Enfin cet ouvrage important est complété par une série d'articles bibliographiques fournis à l'auteur par M. Dezeimeris, et qui donnent l'indication des ouvrages les plus propres à éclairer le praticien dans l'étude approfondie des diverses parties de la médecine légale.

Ollivier (d'Angers), D. M.

Pour se faire une idée de l'importance de cet ouvrage, voyez la Table des matières à la fin du numéro.

—

DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, *par* M. Lallemand, *professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.*

Une maladie qui dégrade les facultés de l'homme, empoisonne ses plus beaux jours et ravage sourdement la société, aurait dû dès long-temps attirer l'attention des médecins. Si cependant nous interrogeons les auteurs sur un sujet d'une aussi haute importance, nous sommes surpris de ne trouver dans leurs écrits que des données vagues et peu nombreuses. Où trouver la cause de cette pénurie de matériaux? Dans la difficulté du diagnostic de cette maladie. Souvent, en effet, le médecin n'est appelé que lorsque des affections consécutives plus graves se sont manifestées et que leur véritable cause ne saurait être reconnue; de sorte que là où l'on devrait voir une perte séminale involontaire, on ne voit et l'on ne veut voir que des affections nerveuses, cérébrales, des gastrites, des gastro-entérites chroniques, des anévrysmes du cœur, des phthisies commençantes, très souvent un état d'hypochondrie. Quelquefois aussi les malades évitent de donner à ce sujet les renseignemens nécessaires et ont contribué par là aux erreurs de diagnos-

tic. Le peu de soin que l'on apporte habituellement à l'examen des organes spermatiques sur le cadavre, a fait encore que l'on a souvent méconnu leurs altérations morbides.

L'auteur avait donc à traiter un sujet tout-à-fait neuf à cause de cela; on n'a pas le droit d'exiger de lui un corps de doctrine complet et parfaitement établi. Toutefois, il a pu rassembler dans l'espace de treize à quatorze ans plus de cent cinquante observations de pertes séminales involontaires assez graves pour altérer profondément la santé et même pour causer la mort. Et c'est sur un aussi grand nombre de faits recueillis avec patience, exactitude, sagacité, qu'il a pu étudier et indiquer des causes, des symptômes et un traitement jusqu'ici presque entièrement inconnus.

L'auteur a cru devoir, dans l'exposition des résultats de ses recherches, aller du particulier au général; commencer par citer les faits pour en tirer ensuite des conséquences pratiques; mais il a eu soin, pour leur donner toute la valeur dont ils étaient susceptibles, et aussi pour plus de clarté, de les réunir en plusieurs groupes, en prenant les causes pour point de départ de leur classement. En étudiant l'influence de chaque cause, il rapporte d'abord les cas dans lesquels l'action a été énergique, isolée, et autant que possible vérifiée par l'ouverture du corps; il ne place qu'en seconde ligne ceux dans lesquels plusieurs causes ont agi successivement ou simultanément. Dans un résumé général qui accompagne chacun des groupes d'observations se trouve rassemblé tout ce qui a rapport aux symptômes et au traitement.

M. Lallemand n'a encore publié qu'une partie de son travail; l'intérêt qu'il a su y répandre en y transcrivant les notes fournies par les malades eux-mêmes, et le fruit que les praticiens en retireront, feront désirer vivement la suite.

On ne doit nullement s'étonner que M. Lallemand ait réussi à traiter avec toute sorte de réserve et de convenances un sujet aussi délicat que celui qui a fait l'objet de son travail.

J. L.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Janvier* 1836.)

Ce numéro contient :

1° Maladies du système lymphatique (deuxième mémoire), par M. *Velpeau;* — 2° De l'extirpation du goître (observation communiquée par M. *Rufz*), avec quelques observations sur cette affection; — 3° Mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes, par M. *Aronsshon*, agrégé à la Faculté de Strasbourg; — 4° Observations pratiques sur l'incontinence d'urine, par M. *Mondière.*

1° *Maladies du système lymphatique* (2e Mémoire), par M. Velpeau.

Nous avons, dans notre numéro de novembre dernier, déjà analysé la première partie de ce travail étendu et important. L'imprimeur des *Archives* ayant omis alors de clore cette première partie du travail de M. Velpeau, par l'avertissement d'usage: *La suite à un prochain numéro*, nous avons dû croire le mémoire terminé et avons alors adressé à l'auteur un reproche immérité, celui d'avoir établi des divisions et indiqué des chefs de développemens dont on ne trouvait que la promesse et nulle part l'accomplissement. Nous aurions dû connaître assez M. Velpeau pour savoir que s'il a quelque défaut, ce n'est pas celui d'être écourté et incomplet. Reste donc encore à traiter de l'adénite lymphatique ou inflammation des ganglions de ce nom, puis à étudier l'angiolencite et l'adénite dans chaque région du corps après les avoir considérées d'une manière générale. Nous n'avons aujourd'hui à parler avec l'auteur que de l'adénite lymphatique aiguë.

Etiologie. — Les causes sont directes et indirectes. La première de ces dénominations porte avec elle sa signification. Ce genre de causes est le moins commun, bien qu'il le soit davantage que pour la portion canaliculée du système lymphatique qui, par sa ténuité et sa souplesse, échappe bien plus facilement que les masses ganglionnaires aux violences extérieures. Les causes indirectes ont trois manières d'agir pour enflammer les ganglions lymphatiques. La phlegmasie peut être communiquée à ces organes : 1° par les couches organiques contiguës; 2° par les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes préalablement enflammés; 3° par l'arrivée de quelque principe irritant puisé à une certaine distance dans quelque organe ou dans quelque région malade.

On conçoit sans peine le mode d'action du premier genre de transmission. C'est le plus rare. Ce qui se passe dans le second cas ne se comprend pas moins facilement, et cette étiologie de l'adénite est aussi une des moins dignes de considération. L'attention du praticien doit surtout se fixer sur la troisième source de l'adénite lymphatique indiquée par M. Velpeau; savoir : sur l'inflammation des ganglions déterminée par le contact de quelque matière irritante absorbée dans un foyer morbide situé plus ou moins loin de l'engorgement en question. Que ce soit par absorption ou de toute autre manière, toujours est-il qu'un principe morbifique, venant d'une partie éloignée, produit souvent l'adénite, sans enflammer, sans altérer d'une manière appréciable les tissus intermédiaires. On sent que comme il n'est pas de maladie *organique* tégumentaire ou parenchymateuse, quelque minime qu'elle soit, qui ne puisse altérer et n'altère réellement les fluides qui doivent être exportés de la partie malade, les causes de l'adénite se trouvent tout à coup immenses, incalculables. Nous pourrions citer à cette occasion toutes les lésions spontanées, accidentelles et artificielles de la peau, des membranes muqueuses; les suppurations, dégénérescences et productions hétérogènes développées dans tous les viscères. Et en effet,

l'observation apprend qu'il n'en est pas qui ne puissent être la source ou l'occasion d'une irritation inflammatoire ou d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques situés dans leur département, ou pour parler plus physiologiquement, chargés de recevoir les vaisseaux lymphatiques qui, quelle que soit la théorie qu'on admette, ont pour office principal d'exporter certains résidus de la partie où plongent leurs extrémités absorbantes. C'est là, dit M. Velpeau, ce qui m'autorisait à avancer, en 1823, que tout exutoire est une cause de maladie, que toute suppuration expose à d'autres suppurations; c'est là, ajoutons-nous, ce qui fait dire depuis plus de deux mille ans *que l'inflammation appelle l'inflammation, que le pus fait le pus.*

Mais ce qu'il est surtout bien important de retenir pour savoir remonter presque infailliblement à l'origine de l'adénite, c'est que lorsque les ganglions s'enflamment et s'engorgent par ce mécanisme, *ils peuvent rester longtemps malades et seuls malades après la guérison de l'affection qui en a été le point de départ.* Dans d'autres cas, la lésion éloignée qui remplit le rôle de cause, ou plutôt de foyer de la cause, se réduit à si peu de chose qu'on y songe à peine, qu'on n'en tient aucun compte. Quelquefois encore, son siége dans la profondeur des tissus, son peu d'importance, la dérobent complétement au sentiment, et par conséquent au souvenir. Enfin il arrive que l'adénite existe souvent pendant un temps très long sans que le malade s'en doute (ceci ne peut guère s'appliquer qu'à l'adénite primitivement chronique), et qu'au moment où on l'observe pour la première fois, il soit réellement impossible de saisir la lésion génératrice et même d'y penser. M. Velpeau admet que le gonflement douloureux des ganglions lymphatiques qui précède les érysipèles (ce qui est si fréquent pour les ganglions cervicaux dans l'imminence de l'érysipèle de la face) naît d'un travail interstitiel latent, obscur dans le principe, travail qui se serait déjà emparé de la peau vouée à la fluxion érysipélateuse. Cette extension de l'étiologie la plus commune de l'adénite au cas en question nous paraît un peu hasardée. Le phénomène auquel fait allusion M. Velpeau a plusieurs fois attiré notre attention, et alors que chez des adultes l'apparition soudaine de ganglions cervicaux sensibles à la pression et tuméfiés nous faisait pronostiquer l'éruption prochaine d'un érysipèle de la face, et que nous examinions avec scrupule la peau de cette région, nous ne pouvions cependant pas parvenir à constater la plus légère altération, non seulement dans ses caractères physiques et anatomiques, mais même dans sa sensibilité et dans ses fonctions. Or il est difficile de supposer qu'un travail morbide assez intense pour produire l'inflammation consécutive des ganglions lymphatiques du voisinage, soit par transmission sympathique de l'irritation, soit, ce qui est encore plus invraisemblable, par transport de liquides viciés par les opérations de la chimie vivante dépravée, qu'un travail morbide, disons-nous, capable de déterminer de pareils résultats, ne donne aucun signe de son existence dans le tissu même ou se prépare une irritation aussi puissante, où s'élaborent des fluides aussi dénaturés, aussi délétères. Nous devrions peut-être, pour mieux justifier notre incrédulité, essayer une explication moins hypothétique du fait dont il s'agit; mais outre que cela n'est pas nécessaire pour infirmer l'opinion de M. Velpeau, nous n'avons pas dans ce moment mission pour cela. Poursuivons et résumons ainsi avec l'auteur l'étiologie la plus générale et la plus fondamentale de l'adénite : *altération des liquides destinés à traverser les ganglions.*

Gardons-nous aussi de confondre cette proposition avec celle qui, sortie neuve et réservée de la plume de notre glorieux Bichat, a fait des empiétemens et des usurpations démesurées, et est devenue presque le pivot d'une doctrine médicale entre les mains puissantes et hardies de M. Broussais. Ici il s'agit d'une irritation, d'une suractivité organique s'élevant au type pathologique, et transmise de la surface d'une membrane ou de l'extrémité d'un canal afférent ou efférent à la glande ou au parenchyme quelconque d'où sortent ou bien où se rendent ces canaux, et M. Velpeau a admis ce genre d'étiologie dans sa seconde division des causes indirectes de l'adénite, mais en professant, contrairement à l'école physiologique, que ce mode de transmission est infiniment moins fréquent que celui par circulation de fluides altérés.

Mais M. Velpeau va bien plus loin dans sa tendance, on pourrait presque dire sa précipitation, à féconder le principe pathologique que nous venons d'énoncer; car il établit qu'on peut conclure de ce qui précède, 1° que toute tumeur lymphatique est une maladie sympathique; 2° que, rigoureusement parlant, il serait possible de faire naître artificiellement ces tumeurs; 3° que chez les scrofuleux elles se développent par le même mécanisme que chez tout autre individu; 4° qu'on naît plus ou moins disposé aux tumeurs scrofuleuses, de même qu'on peut naître plus ou moins disposé à contracter la pneumonie; mais que les engorgemens des ganglions lymphatiques se produisent de la même manière et sous l'influence des mêmes causes déterminantes, à tous les âges, dans toutes les régions du corps, et quelle que soit la constitution des individus; 5° enfin, *qu'au fond il n'existe point réellement de maladie spéciale qui mérite le nom de scrofuleuse.*

Quelques unes de ces conclusions et surtout la dernière n'obtiendront pas de crédit, et pour notre compte, tout disposés que nous sommes à en tirer profit et à nous tenir en garde contre les méprises où pourrait faire tomber l'ignorance d'une loi pathologique aussi capitale, nous n'hésitons pas à rejeter la conclusion finale. La masse d'observations apportée en preuve par M. Velpeau n'ébranle pas notre conviction. Sur neuf cents scrophuleux *affectés d'adénites lymphatiques*, interrogés depuis vingt ans par ce professeur, sept cent trente avaient eu des phlegmasies, des suppurations du système tégumentaire ou cellulaire ayant précédé l'apparition des tumeurs; sur quatre-vingt-quinze autres, la maladie était si ancienne, qu'il n'a pu obtenir aucun renseignement; les quatre-vingt-quinze derniers étaient des enfans nés

dans la misère, et chez eux, la cause en question pouvait être hardiment supposée.

Accordons, pour un instant, à M. Velpeau, que tous les engorgemens, toutes les adénites lymphatiques aiguës et chroniques soient consécutives aux lésions éloignées auxquelles il les attribue indistinctement, il ne nous restera que trop de manifestations morbides très graves et assez empreintes de caractères communs attestant une origine unique et spéciale, pour fonder une maladie *sui generis*, appelée du nom de *scrofuleuse*. Prenez les engorgemens lymphatiques, soit : mais vous serez bien forcé de laisser aux nosologistes une grande partie des tumeurs blanches et des luxations spontanées, une multitude de caries, surtout celles de la colonne vertébrale avec leurs abcès symptomatiques, bien des abcès froids développés ailleurs que dans des masses de ganglions lymphatiques, quelques maladies tuberculeuses de la peau, l'esthiomène, les ulcères scrofuleux primitifs, les ophthalmies et bliphacophthalmies scrofuleuses sur lesquelles vous, M. Velpeau, avez dit de fort excellentes choses et établi de bonnes règles thérapeutiques ; l'hydrocéphale aiguë dans bien des cas, et surtout l'ostéo-malaxie, les infiltrations et dépositions interstitielles et sous-membraneuses de matière tuberculeuse dans plusieurs parenchymes, le pulmonaire en particulier, etc., etc. Voilà certainement bien de quoi créer une classe de maladies, établir une diathèse commune à toutes. Au reste, il serait permis de trouver une scission dans l'opinion même de M. Velpeau ; car trop bon observateur pour nier la *diathèse* scrofuleuse, il a bien soin de dire qu'elle est nécessaire, indépendamment de l'étiologie admise par lui, et qu'il ne regarde que comme *occasionnelle*. Or, je défie qu'on me montre une diathèse qui n'engendre qu'une seule forme de maladie et ne se traduise pas par un plus ou moins grand nombre d'expressions symptomatiques. Donc, s'il y a une diathèse scrofuleuse, elle ne se borne pas à produire l'adénite lymphatique ; et quand même celle-ci en serait retranchée, une foule d'autres altérations à caractères communs nous autoriserait à conserver la *maladie scrofuleuse* dans le cadre nosologique.

M. Velpeau décrit ensuite l'adénite aiguë et donne sur ses symptômes, sur la marche de la suppuration, sur les désordres particuliers qu'elle produit à raison de l'hétérogénéité des tissus et de la disposition des ganglions au milieu du tissu cellulaire ambiant et unissant les ganglions, sur les terminaisons autres que par suppuration, sur le passage à l'état chronique et la résolution, de nombreux détails neufs, complets, instructifs et prouvant une observation exacte et répétée, mais plus scientifiques que pratiques ; c'est pourquoi nous arrivons au traitement de l'adénite aiguë.

Au début, les saignées générales et locales, les topiques émolliens sont capables de faire avorter l'adénite, mais il faut pour cela, que la maladie soit toute locale et débarrassée de l'angiolencité ou du travail pathologique éloigné qui en a été le point de départ.

La compression et les incisions prématurées (moyens que dans d'autres inflammations nous avons souvent vu merveilleusement réussir entre les mains de M. le professeur Velpeau), n'ont pas ici leur action résolutive ordinaire.

Les frictions et les applications d'onguent napolitain sont d'un grand secours et ont souvent une puissance anti-phlogistique supérieure aux saignées.

Les vésicatoires volans activent la résolution ou hâtent la suppuration suivant que les parties malades sont disposées à l'une ou à l'autre de ces terminaisons. D'autres fois ils se bornent à circonscrire l'engorgement et à isoler les tumeurs. Quand les ganglions sont superficiels, comme à l'aîne, leur efficacité est remarquable et n'est surpassée par aucun autre moyen.

M. Velpeau en applique successivement trois au plus.

Si la suppuration est inévitable, il faut la favoriser par les moyens connus. Une fois formée, faut-il abandonner à la nature l'ouverture et l'évacuation de l'abcès, ou faire intervenir l'art dans ces deux opérations nécessaires ?

Abandonner ces choses à elles-mêmes, c'est, sinon dans tous les cas ralentir la guérison, au moins risquer de voir la peau se dégarnir de son tissu cellulaire, se décoller au point qu'il faudra l'exciser ensuite, cela indépendamment des fusées de pus dans toutes les directions, des dissections des organes par la fonte purulente du tissu cellulaire, etc.....

Règle générale, pour ouvrir ces abcès, l'instrument tranchant vaut infiniment mieux que la cautérisation, *surtout quand on adopte pour précepte d'y procéder de bonne heure.*

Il ne faut pas attendre pour ouvrir que la collection de pus soit aussi complète que possible ; en agissant de meilleure heure on se conserve une peau épaisse, vasculaire, vivante, doublée de tissu cellulaire, les tissus conservent leurs rapports et les ganglions ne subissent pas d'isolement, de décollement. On doit aussi faire de larges incisions, uniques quand on ne sent qu'un foyer, multiples quand ils sont nombreux quoique rapprochés. Les extrémités des incisions doivent un peu dépasser les limites inférieures de la collection.

L'importance pratique de ce beau travail légitime l'étendue de notre analyse. Plus tard, nous suivrons M. Velpeau dans l'adénite chronique et dans toutes les descriptions spéciales auxquelles il a promis de se livrer pour faire l'histoire des phlegmasies du système lymphatique dans toutes les régions du corps.

2° *Mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes*, par M. Aronssohn.

Les faits curieux qui font le sujet de ce mémoire sont de nature à éveiller l'attention des médecins et à leur suggérer dans des cas semblables l'idée d'une cause et d'un traitement en rapport avec elle, capable d'arracher à la mort des malades qui y sont presque inévitablement voués si on méconnaît cette cause et si on ne recourt pas au traitement qui en découle de lui-même.

Il s'agit des accidens rapidement mortels qui résultent de la pénétration dans le larynx et de la descente dans les bronches des lombrics qui remontent le tube digestif, et arrivant dans la

cavité pharyngo-laryngienne, sont naturellement exposés à glisser dans les voies aériennes. M. Aronssohn rapporte plusieurs exemples de cette dangereuse *erreur de lieu*. Quelques autres avant lui avaient été répandus sans but, sans conclusions, dans divers recueils et ouvrages; mais l'auteur fixant ses recherches sur ce point en a rassemblé de très circonstanciés et en assez grand nombre pour essayer les premiers traits d'une histoire pathologique de ce redoutable épiphénomène des affections vermineuses.

Sur six cas observés par M. Aronssohn, l'accident s'est montré cinq fois chez des enfans de huit à neuf ans, parmi lesquels quatre filles. Le sixième appartient à un homme de cinquante-deux ans. Tous ces individus étaient dans les conditions hygiéniques ou constitutionnelles qu'on sait favoriser la génération des vers intestinaux.

Les symptômes diffèrent selon que le ver se trouve dans le larynx, la trachée-artère ou les bronches. Dans le premier cas, forts accès de toux avec imminence de suffocation et mort par asphyxie, si le ver ne se dégage pas de la glotte; les malades portent sans cesse la main vers cet organe, comme pour en arracher l'hôte incommode qui s'y débat. Celui-ci est-il déjà parvenu dans la trachée, la toux sera moins intense; il y a plutôt de la dyspnée et de l'orthopnée *par accès*, avec grande agitation, vomissemens, incontinence d'urine; la mort est précédée de convulsions, comme si le poumon, fatigué d'une lutte incessante, se trouvait tout-à-coup privé d'innervation. Un des signes diagnostiques différentiels les plus précieux est l'indication fournie par le malade d'un obstacle fixe, local, *subitement développé* et qui gêne la respiration. Nous ajoutons à cela les autres symptômes de l'infection helmintique et surtout la circonstance de vers déjà expulsés par les voies supérieures.

Les moyens à employer sont : 1° de porter aussitôt le doigt vers la glotte pour en retirer l'animal, si on y reconnaît sa présence; 2° on imitera ce que la nature a fait dans une des observations de l'auteur : on provoquera de violens efforts d'aspiration, on titillera la luette, on donnera un vomitif; enfin, dans l'insuffisance de tous ces moyens, quand *tout* concourra à prouver l'existence d'un ver dans la trachée, on pratiquera la trachéotomie.

Les mois de décembre 1835 et de janvier 1836, du *Bulletin de thérapeutique*, contiennent plusieurs notes et petits articles qui nous paraissent n'offrir rien à analyser ni à extraire.

P.

—

GAZETTE MÉDICALE.

(*Décembre* 1835 *et Janvier* 1836.)

Les numéros de décembre 1835 et janvier 1836 ne renferment en fait de travaux originaux que les articles suivans :

1° Réflexions et observations pratiques sur les avantages du cathétérisme forcé de M. *Mayor* (de Lausanne), par M. *Devergie*; — 2° Le tubercule, son siége, son origine, ses transformations, par le docteur *Carswell*; — 3° Observations sur une opération du vagin artificiel, pratiquée avec succès par un nouveau procédé, par *J.-Z. Amussat*; — 4° Mémoire sur les fausses membranes de l'arachnoïde cérébrale, par *F. Lélut*; — 5° Mémoire sur l'asthme thymique, par les docteurs *Kopp* et *Hirsch* (de Kœnisberg); — 6° Mémoire sur les exostoses et leur traitement, par M. *Rognetta*; — 7° Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés, par *J. Guislain*; — 8° Souvenirs cliniques de l'hôpital Saint-Louis, par M. *J.-F. Malgaigne*; — 9° Mémoire sur un entozoaire microscopique qui attaque les muscles du corps humain, par *Richard Owen*.

Le tubercule, son siége, son origine, ses transformations, par le docteur Carswell, *professeur d'anatomie pathologique à l'université de Londres.*

Dans ce mémoire, le docteur Carswell arrive aux conclusions suivantes : 1° le système muqueux est le siége le plus fréquent du tubercule; on le rencontre aussi, mais plus rarement, dans les séreuses et dans le tissu celluleux en général; jamais dans le tissu moléculaire d'aucun des organes du corps; 2° On ne peut reconnaître la présence de la matière tuberculeuse dans le sang que quand ce liquide a cessé de circuler ou au moyen de sécrétion; 3° quant aux organes où l'on rencontre la tuberculeuse, les poumons sont ceux où on l'a observée le plus fréquemment; mais il n'est pas vrai de dire que l'on trouve constamment des tubercules dans les poumons, lorsqu'il en existe dans d'autres organes; 4° les circonstances qui semblent à l'auteur favoriser le dépôt de la matière tuberculeuse sur quelques points spéciaux de l'organisme sont : 1° l'inflammation; 2° la diminution ou l'augmentation de l'activité fonctionnelle de l'organe; 3° l'étroitesse de la poitrine, et en général toutes les circonstances analogues qui tendent à empêcher l'expulsion de la matière tuberculeuse au dehors. L'auteur, ensuite, tout en avouant l'impossibilité de dire exactement en quoi consiste la condition morbide que l'on nomme *diathèse tuberculeuse*, croit pouvoir l'attribuer à l'influence des circonstances qui agissent sur la nutrition générale; enfin, l'auteur expose les diverses transformations du tubercule. Suivant lui, la matière tuberculeuse sécrétée dans les cellules du poumons, forme des couches concentriques en allant de la périphérie vers le centre, de sorte que les tubercules dits ramollis ne sont que des tubercules imparfaits. Le ramollissement s'y fait toujours au contraire de dehors en dedans. Quant à la terminaison, il soutient qu'elle peut avoir lieu par résorption de la sérosité et de l'albumine de la matière tuberculeuse et condensation de ses fibres, et que cette heureuse transformation s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, et presque exclusivement entre cinquante et soixante-dix ans. Qu'enfin, il n'est pas de maladie dont l'anatomie pathologique ait démontré la curabilité d'une manière plus évidente qu'elle ne l'a fait pour la phthisie tuberculeuse.

Mémoire sur les fausses membranes de l'arachnoïde cérébrale, par M. F. Lélut.

Le nombre des observations recueillies sur ce sujet par l'auteur aurait été beaucoup trop considérable pour les reproduire toutes dans ce mémoire. Il a donc dû se borner à retracer les plus importantes, en prenant soin même, pour plus de brièveté, de retrancher tous les détails d'autopsie qui n'étaient point relatifs aux altérations du système nerveux. Voici en substance quelles sont les remarques générales qu'il a cru pouvoir établir d'après ses observations : 1° Le développement d'une fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde n'est point la circonstance anatomique la plus importante de la maladie où elle se rencontre ; mais elles ont cela de général, comme les autres fausses membranes, qu'elles ne se développent d'ordinaire que dans des cas où la modification morbide génératrice est ou très aiguë ou très profonde. 2° Elles siégent dans la cavité de l'arachnoïde, quoiqu'en aient dit certains auteurs. 3° Dans toutes les observations de M. Lélut elles reposaient soit en partie, soit, et presque toujours en totalité, sur la convexité des hémisphères, et elles en occupaient surtout la partie antérieure. 4° Les différences de composition des pseudo-membranes arachnoïdiennes peuvent être produites par la nature différente du liquide épanché. 5° Dans les épanchemens sanguins les parties séreuse et cruorique du sang sont peu à peu résorbées, et ce n'est que lorsque la pseudo-membrane est ainsi devenue plus ou moins complétement fibrino-albumineuse, que se développent dans son tissu, comme dans celui des fausses membranes qui ont primitivement ce caractère, les élémens vasculaires de leur organisation. 6° Les auteurs qui, dans les cas surtout d'altérations cérébrales chroniques, ont observé de fausses membranes arachnoïdiennes, s'accordent à dire que rien d'ordinaire ne peut les faire reconnaître sur le vivant. 7° Il n'existe aucun moyen thérapeutique à employer pour faire disparaître une fausse membrane encéphalique.

Mémoire sur l'asthme thymique, par les docteurs Kopp et Hirsch de Kœngisberg.

Les Allemands décrivent sous le nom d'asthme thymique, d'asthme de Kopp, qui le premier l'a fait connaître comme une maladie distincte, une affection particulière à l'enfance, caractérisée par des accès de suffocation, pendant lesquels la respiration reste comme suspendue, et qui reviennent périodiquement, surtout au moment du réveil, lors de la déglutition et lorsque l'enfant jette des cris. Sa cause, comme son nom l'indique, consiste dans un trop grand développement du thymus. Le docteur Kopp professe que cette maladie se rencontre plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'à présent ; il pense qu'elle a souvent été confondue avec l'asphyxie ou l'asthme de Miller. Il en cite huit observations, dont trois lui sont propres, les cinq autres lui ayant été communiquées par les docteurs Rullmann de Wiesbade, Tritschler de Kunnstadt et Ulrich de Coblentz. Enfin le docteur Hirsch de Kœnigsberg en rapporte aussi cinq observations.

Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés, par M. Guislain, médecin en chef des établissemens d'aliénés à Gand.

Tout ce qui tient aux causes et aux symptômes de cette affection étant encore enveloppé d'obscurité, nous ne pourrons nous y arrêter longtemps ; nous nous bornerons donc à mettre sous les yeux de nos lecteurs les conclusions que treize observations de ce genre de maladie ont fournies à l'auteur. L'état gangréneux des poumons reconnaît dans l'aliénation mentale : 1° une anomalie du moral, consistant dans un dégoût, un refus, une aversion, une horreur des alimens ; 2° un appauvrissement du sang provenant du manque de renouvellement dans les molécules nutritives de ce fluide ; 3° un trouble dans l'hématose ; 4° une altération du tissu pulmonaire, comme dernier résultat morbide.

—

JOURNAL HEBDOMADAIRE.

Des céphalomatomes ou tumeurs sanguines du crâne chez les nouveau-nés, par le docteur Valleix.

L'auteur de cet intéressant mémoire, ancien interne de l'hospice des Enfans trouvés, avait publié, au mois de septembre 1834, dans la *Gazette médicale*, deux observations sur ce genre de tumeurs, jusqu'ici superficiellement étudiées. Aujourd'hui, dit-il, de nouvelles observations de céphalomatome, la découverte d'une ecchymose existant chez presque tous les nouveau-nés dans une partie du tissu sous-péricrânien, et une connaissance plus approfondie de l'état anatomique du crâne à la naissance, le mettent à même de donner de nouveaux renseignemens sur la plupart des points douteux.

Examinant les diverses sortes de tumeur sanguines du crâne des nouveau-nés, M. Valleix expose successivement les caractères : 1° du céphalomatome sous-aponévrotique ; 2° du céphalomatome sous-péricrânien ; 3° du céphalomatome sus-méningien.

Le céphalomatome sous-aponévrotique, celui qui siége sous l'aponévrose crânienne, dont quelques auteurs ont admis la possibilité plutôt que l'existence, est assez rare pour que M. Valleix ne l'ait rencontré que deux fois sur cinq cents têtes de nouveau-nés examinées avec soin, et est dû généralement à des violences extérieures très considérables. Cette tumeur se dissipe avec facilité et rentre dans les conditions des tumeurs sanguines ordinaires. — Le céphalomatome sus-méningien s'observe très rarement, offre les symptômes de compression cérébrale, et est d'un diagnostic très difficile. — Le céphalomatome sous-péricrânien a une histoire plus compliquée et est l'objet spécial du travail de M. Valleix.

Les auteurs qui se sont le plus spécialement occupés de cette maladie sont Michaëlis, Hœguh, Hœre, Zeller ; MM. Baudelocque, Paul Dubois, etc. Les opinions qu'ils ont émises sur

les différens points de l'histoire du céphalomatome varient beaucoup, suivant la légèreté de l'examen clinique pour les uns, le défaut de dissection anatomique pour les autres; pour plusieurs, suivant qu'ils confondent telle espèce de tumeur avec telle autre. C'est pourquoi nous rapporterons surtout le résultat des observations de M. Valleix, qui nous paraît avoir établi dans son sujet des distinctions naturelles et pratiques.

Le céphalomatome sous-péricrânien se rencontre à peu près une fois sur cinq cents nouveau-nés; il a son siége sur les pariétaux, soit sur un seul, soit sur les deux ensemble; et dans ce dernier cas, il n'y a point de communication entre les deux tumeurs que sépare le tissu cellulaire serré qui se trouve au niveau des sutures; le volume est variable; on a vu de ces tumeurs grosses comme des noisettes; on en a vu d'assez volumineuses pour occuper tout un pariétal et au delà; à son origine, qui a toujours lieu après la naissance, la tumeur est petite, plate, et permet de toucher l'os au doigt qui la comprime, ordinairement sans battemens; à mesure que la tumeur prend du développement, on trouve autour de sa base une saillie étroite et dure, que l'on a appelée *cercle osseux* ou *bourrelet osseux*. M. Valleix a toujours observé ce bourrelet osseux, si ce n'est quand l'enfant est mort quelques heures après sa naissance, et que cette production osseuse n'eut pas le temps de se fermer; une forte compression de la bosse sanguine n'a jamais produit ni diminution dans son volume, ni perte de connaissance, ni convulsions; l'enfant peut conserver sa santé et son embonpoint, et, s'il succombe, c'est ordinairement à des maladies étrangères.

Diagnostic différentiel. — Ledran est tombé dans une erreur qu'il est bien important et heureusement facile d'éviter; c'est de confondre un céphalomatome avec une hernie du cerveau. On évitera cette erreur, si on observe que dans le céphalomatome il y a une fluctuation qui n'existe pas dans l'encéphalocèle; que l'encéphalocèle offre à son tour des battemens que n'a point le céphalomatome; que la sensation d'une perforation de l'os que donnent les deux tumeurs est réelle dans le cas d'encéphalocèle, apparente seulement, et détruite par une pression un peu forte, dans le cas de céphalomatome; enfin, que la pression de la tumeur détermine des symptômes de compression cérébrale dans l'encéphalocèle, et n'en détermine pas dans le céphalomatome. Ferrand a dit, que la hernie cérébrale se faisait ordinairement par les sutures et les fontanelles, et nous savons que le céphalomatome siége au contraire en dehors des sutures; mais ce signe serait infidèle, puisque quelquefois les hernies du cerveau ont lieu au centre même des os (Velpeau). — La plupart des considérations diagnostiques présentées au sujet de l'encéphalocèle, sont applicables aux fungus de la dure-mère. — Les kystes séreux, situés sous l'aponévrose, et signalés par Zeller, dont l'existence est encore en question, se distingueraient, en tout cas, des céphalomatomes par l'absence du *bourrelet osseux* à toutes les époques de la maladie. — La tumeur œdémateuse séro-sanguine des auteurs Français, ou *caput sumdanum* des Allemands, ne saurait être confondue avec le céphalomatome, en ce qu'elle n'offre point de fluctuation, qu'elle est diffuse, irrégulière, et ne se termine pas brusquement à une saillie osseuse. — L'observation de la position des sutures, du col osseux, de la fluctuation et de l'état des parties environnantes, fera distinguer le céphalomatome sous-aponévrotique du céphalomatome sous-péricrânien. Or, cette distinction est importante, car dans le premier cas, le sang peut se résorber facilement, et on n'a pas la même chance dans le deuxième.

M. Valleix regarde la production du céphalomatome comme due à une ossification incomplète des os crâniens, ossification consistant essentiellement en l'absence de la table externe; il conçoit que, dans cet état, une pression circulaire venant à être exercée sur un point du crâne, le sang suintera à la surface de l'os, et se répandra entre le diploé et le péricrâne.

La dissection a montré à l'auteur : 1° le péricrâne avec la transparence ordinaire dans la portion soulevée par l'épanchement; 2° une membrane dont le dédoublement tapissait d'une part la face profonde du péricrâne, d'autre part, la face externe de l'os dénudé; cette membrane enveloppait le sang épanché dans le sac qu'elle formait; 3° l'os conservant sa courbure naturelle, soit sous le bourrelet osseux, soit dans les parties voisines; 4° le *bourrelet osseux*, de grandeur variable, de structure rayonnée, granuleuse ou lamelleuse, d'une substance friable ou assez rugueuse; 5° les vaisseaux extérieurs du crâne sans lésion aucune.

Il est assez rare que le céphalomatome sous-péricrânien abandonné à lui-même se résolve; ce qui le prouve, c'est que la plupart des auteurs, tels que Michaëlis, Paletta, Nœgele, Hœre, ont admis comme méthode exclusive de traitement l'ouverture de la tumeur, soit par l'incision, soit autrement. L'incision simple, soit avec la lancette, soit avec le bistouri, est le moyen le plus convenable; il n'y a que de l'avantage à ce que cette ouverture soit un peu grande. Il faut avoir grand soin de la pratiquer loin des troncs artériels; la division même d'un petit tronc artériel chez les enfans, peut donner et a donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes ou mortelles. Le pansement se fait simplement. La guérison a lieu, au fur et à mesure du recollement des tégumens du crâne, en dix, quinze, vingt jours. Le bourrelet osseux persiste long-temps, mais le centre de la tumeur ne devient pas, à beaucoup près, aussi saillant que dans le cas de guérison spontanée.

Nous ne terminerons pas cette analyse un peu longue, sans remercier M. le docteur Valleix de son instructif et utile mémoire. Ceci, malgré les points qui restent à éclaircir, est une bonne monographie des tumeurs sanguines du crâne chez les nouveau-nés; ceci est de la bonne clinique, de la bonne anatomie pathologique, de la bonne discussion des travaux antérieurs sur le même sujet.

G.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

North American archives of medical and surgical science. — (Journal de Baltimore.)

(*Mars* 1835.)

1° Observations chirurgicales, par le professeur *Smith*; — 2° Fracture de la colonne vertébrale, par le docteur *Robertson*; — 3° Salivation spontanée, par le docteur *Chew*; — 4° Rapport clinique, par le docteur *Geddings*; — 5° Collectanea.

1° *Observations chirurgicales. — Amputation de la jambe.*

M. Smith fait ressortir les inconvéniens de l'amputation pratiquée au dessous des tubérosités du tibia, tels que la vaste étendue de la plaie, l'abondance de la suppuration, la gravité de l'inflammation, la fréquence des hémorrhagies, soit primitives, soit consécutives, la forme triangulaire du tibia, etc., inconvéniens qui sont moindres, ou même nuls, quand l'opération est pratiquée près de la cheville. Il reproche ensuite à l'amputation à lambeau postérieur, la non identité des parties qui doivent se cicatriser ensemble, la section, par l'arête du tibia, de la peau qui la recouvre, le poids du lambeau, la difficulté de la maintenir en place, la formation de clapiers purulens à sa base, etc. Rien de tout cela n'est bien neuf. Quant à lui, voici comment il procède : Placé à gauche du malade ou entre ses jambes, suivant qu'il s'agit d'amputer la jambe gauche ou la droite, il applique le pouce de sa main gauche sur la crête du tibia, et le doigt medius au point opposé de la circonférence du membre ; il taille ensuite, à partir de ces deux points, avec un simple scalpel de grande dimension, deux lambeaux latéraux semi circulaires et aussi convexes que possible. La première émission n'intéresse que la peau; la seconde, pratiquée en biseau, divise toutes les parties molles jusqu'aux os. Enfin, après avoir coupé le ligament et les muscles interosseux, il scie les os, le plus haut qu'il se peut au dessus des angles de réunion des lambeaux. Cette méthode diffère assez peu, comme l'auteur en convient lui-même, de celle de M. Roux.

Réunion d'un doigt presque entièrement détaché.

Un ouvrier fut blessé au pouce par une scie circulaire, la phalange fut divisée à peu de distance de l'articulation métacarpienne, et le doigt ne tenait plus à la main que par un étroit lambeau de peau, dans lequel se trouvait heureusement une des artères collatérales; néanmoins il était froid et exsangue. On le remit en place et on l'y retint par quatre points de suture séparés, et par des bandelettes agglutinatives. Le lendemain, la circulation et la chaleur s'y étaient rétablies, et peu de jours après la cicatrisation était presque achevée. La sortie de plusieurs esquilles retarda la guérison, qui est aujourd'hui complète, à cela près que le pouce blessé est loin d'avoir recouvré sa force primitive.

Emploi de la strychnine dans la paralysie locale.

Un matelot eut une paralysie des muscles externes de la jambe, par suite d'une violente contusion sur cette partie. Il se soutenait à la vérité tant que le membre était dans une extension complète ; mais pour peu que la jambe fût fléchie, elle ployait sous lui, et il serait tombé sans un prompt secours. Après un minutieux examen, on reconnut que la maladie ne pouvait être que locale. Divers moyens ayant échoué, on eut recours à l'application d'un vésicatoire sur l'endroit paralysé, et on le pansa avec un quart de grain de strychnine. C'était le soir; pendant la nuit, le malade éprouva dans les muscles affectés des secousses convulsives fréquentes qui ne lui permettaient pas de tenir sa jambe immobile dans le lit. Le lendemain, il s'aperçut avec surprise qu'il pouvait étendre le membre. Le soir, l'application de la strychnine fut répétée, les secousses convulsives ne reparurent pas, et néanmoins la guérison fit de rapides progrès. L'auteur avoue avec franchise que dans plusieurs cas analogues il a employé la strychnine sans le moindre succès. Il pense qu'on a tort de vouloir chercher toujours la cause de la paralysie dans les centres nerveux et même dans les nerfs de la partie malade. « Les nerfs, dit-il, apportent le stimulus qui « sollicite les muscles à la contraction ; mais « dans ces derniers réside la propriété qui les « rend susceptibles de répondre à ce stimulus. « On peut donc croire qu'une autre action dé- « fectueuse altère ou même détruit la contrac- « tilité, sans qu'on puisse en chercher la cause « dans une lésion du système nerveux. Le « muscle dépouillé de cette propriété ne peut « pas plus obéir au stimulus nerveux qu'au « ligament ou au tissu cellulaire. »

2° *Fracture de la colonne vertébrale.*

Un nègre tombe de cheval, sa nuque porte violemment sur le traîneau qu'il conduisait; on le relève sans mouvement et parfaitement insensible dans toutes les parties situées au dessous des clavicules ; la tête, le col et la face supérieure des épaules ont seules échappé à la paralysie générale. La respiration est opérée par le seul diaphragme, mais elle est calme et régulière; la voix est inaltérée, l'intelligence parfaite; le pénis est en érection. On ne remarque aucune lésion à la partie postérieure du col. Un lavement purgatif produit une selle abondante, mais à l'insu du malade. Le pouls, faible d'abord, se relève, puis s'affaiblit de nouveau ; la respiration devient convulsive, et le malade périt trente-trois heures après l'accident. A l'autopsie on trouve les tégumens de la partie postérieure du col parfaitement sains ; mais les muscles sont violemment contus et infiltrés d'un sang noirâtre ; l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre cervicale est fracturée, le corps de la même vertèbre est séparé de celui de la cinquième, et dévié à droite ; les *ligamens postérieurs* sont rompus ; l'index pé-

nètre facilement entre les deux vertèbres jusqu'à la moelle épinière; le canal rachidien est plein de sang noir. L'examen du cadavre, fait avec précipitation et en cachette, n'est pas poussé plus loin.

3° *Salivation spontanée.*

Il s'agit d'une femme traitée six mois auparavant par le calomel, dont l'emploi fut porté, à dessein, au point de produire une abondante salivation. Ce phénomène s'était complétement dissipé, depuis six mois, quand la malade fut prise d'une fièvre rémittente accompagnée d'hyperhœmie de la langue et de la gorge, et de ptyalisme. *Elle exhalait du reste l'odeur particulière à la salivation mercurielle.* L'auteur de cette observation se livre à une longue discussion, dont la conclusion est que la seconde affection était la conséquence de la première, soit que le métal eût continué à circuler dans les veines de la malade, soit que l'irritation accidentelle des glandes salivaires eût reproduit, par une sorte d'habitude, le phénomène dû la première fois à une cause spécifique. Ces deux explications ne sont ni claires ni satisfaisantes.

5° *Collectanea. — Déplacement du cristallin dans les deux yeux.*

Un matelot, nommé Wilcox, âgé de trente ans, avait toujours eu l'iris tremblante et la vue assez faible. Il reçut dans le voisinage de l'œil un coup qui détermina l'inflammation de cet organe, et il fut admis à l'hôpital. Au premier examen on vit avec surprise que le cristallin était passé dans la chambre antérieure; le jour suivant il était à sa place accoutumée. On produisit la dilatation de la pupille avec une solution d'extrait de stramonium, et le cristallin vint de nouveau flotter derrière la cornée; on le ramena à sa position naturelle en faisant coucher le malade sur le dos. Aussitôt que Wilcox fut informé de ce qui avait lieu dans un de ses yeux, il raconta que trois ans et demi auparavant on avait observé la même chose sur son autre œil, qu'il pouvait même produire le phénomène à volonté, surtout dans les jours sombres, mais qu'il éprouvait de la douleur jusqu'à ce que le cristallin fût remis en place.

Usage externe de l'iodo-hydrargyrote de potasse du docteur Channing.

M. Wallace a employé ce sel sous forme d'onguent, à la dose de dix grains pour une once d'axonge, contre un engorgement chronique des glandes de Meïbonius. Cet engorgement, qui avait résisté à l'onguent mercuriel, céda promptement à l'emploi de ce nouveau moyen.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDIZINISCHE ZEITUNG.

Gazette médicale de Berlin. —(Mai 1835.)

Nous nous bornerons à analyser les articles suivans :

N° 19 : 1° Revaccination de l'armée; — 2° Hémiplégie et léthargie dues à une tumeur enkystée du cerveau. — N° 20 : Fracture de l'astragale.— N° 21 : Induration du tissu cellulaire; guérison.

Revaccination de l'armée.

On a vacciné, en 1834, quarante-quatre mille quatre cent cinquante-quatre militaires. Trente-trois mille six cent trente-quatre portaient des traces évidentes de vaccination antérieure; sept mille cent trente-quatre en présentaient de plus douteuses; trois mille six cent quatre-vingt-six ne paraissaient pas avoir été vaccinés. L'opération a donné lieu à une vaccine régulière chez seize mille six cent soixante-dix-neuf sujets; à une éruption irrégulière chez douze mille deux cent quatre-vingt-sept; elle a été sans résultats chez quinze mille quatre cent quatre-vingt-huit. Répétée sur une partie de ces derniers, elle réussit chez huit cent soixante-six, et ne fut pas plus heureuse que la première fois sur trois mille six cent soixante-quatre. Parmi les individus revaccinés avec succès, quarante-six ont eu subséquemment la variole, trente-un la varioloïde et deux la petite vérole.

Hémiplégie et léthargie dues à une tumeur enkystée du cerveau.

Haak, âgé de quarante-six ans, d'une constitution faible et d'une stature au dessous de la moyenne, exerce la profession de boulanger et se livre avec ardeur aux travaux de son état; il est adonné au vin et aux femmes. Il se présente au docteur Stannius, à Berlin, pâle, l'œil hébété, répondant par monosyllabes, incapable, depuis le début de sa maladie, de la moindre détermination, se plaignant de douleurs aiguës dans la tête, mais ne pouvant les rapporter à aucun point précis. Il ne saurait se soutenir; les deux membres du côté gauche sont presque complétement paralysés; néanmoins l'articulation du coude et celle de l'épaule sont douloureuses au moindre mouvement, à la pression la plus légère; il en est de même de la région cervicale de la colonne épinière. La face, les yeux, la langue ne présentent aucune trace de paralysie. La langue est couverte d'un enduit brunâtre, l'appétit presque nul, la défécation involontaire, les urines rouges, à sédiment muqueux, fétides et alcalines. La peau est froide et sèche, la respiration très libre, l'haleine repoussante; le pouls bat cinquante-cinq fois par minute. Le malade est assoupi tout le jour; la nuit il s'agite, crie et se met en fureur. Cet état persiste encore six semaines, sans changemens bien notables, et se termine par la mort. — *Autopsie.* Le crâne contient beaucoup de sérosité; la dure-mère paraît saine, l'arachnoïde est par-

semée de taches d'un blanc laiteux, elle contient dans son épaisseur une lamelle osseuse, et dans sa cavité beaucoup de sérosité citrine. L'hémisphère cérébral droit semble plus élevé que le gauche. Le corps strié droit est très volumineux; la substance cérébrale qui l'environne passe par degrés du blanc mat au jaune brun; cette dernière teinte règne sur sa surface; il contient une cavité pleine d'un liquide citrin, oléagineux quant à la consistance, mais miscible à l'eau, et ne surnageant point en petites gouttelettes. Ce liquide est contenu dans un kyste auquel la substance cérébrale altérée sert d'enveloppe; la membrane accidentelle est, dans quelques endroits, épaisse de plusieurs lignes, très vasculaire. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, est divisée en deux lobes, l'un antérieur plus petit, formé par une masse jaunâtre, élastique, presque gélatineuse, demi-transparente et striée de fibres blanchâtres; l'autre postérieur, plus considérable, d'une matière caséiforme, de consistance moyenne, friable et assez analogue à un tubercule non ramolli. Le reste du cerveau est parfaitement sain.

Fracture de l'astragale.

La fracture occasionée par la chute d'une muraille en terre ne fut point reconnue dès l'abord. Une inflammation considérable eut lieu autour de l'articulation du pied; elle résista aux applications réitérées de sangsues, aux saignées, aux émolliens, et se termina par un abcès qui s'ouvrit spontanément vers la malléole externe, et qui fut ouvert avec le bistouri vers la malléole interne. Ce ne fut qu'alors, dix jours après l'accident, qu'on s'aperçut que la moitié supérieure de l'astragale était détachée du reste de l'os, et détachée par la suppuration des parties qui l'avoisinent. Le fragment fut retiré à l'aide d'une émission, le vingtième jour de la maladie; on pratiqua également l'extraction de l'extrémité inférieure du péroné et d'une partie du calcaneum. Le blessé se refusa obstinément à l'amputation, et au bout de trois mois, après une longue suppuration et la chute de plusieurs escarres, il obtint une guérison complète.

Induration du tissu cellulaire chez un nouveau-né.

Un petit garçon, né de parens jeunes, sains et vigoureux, tomba malade le huitième jour après sa naissance; ses cris ne cessaient que pendant de courts intervalles de sommeil; il avait des selles peu abondantes, et une tumeur rénitente existait au dessus du pubis. C'était une induration du tissu cellulaire, telle que les auteurs modernes l'ont décrite. La maladie s'étendit bientôt jusque vers les hanches; elle gagna les extrémités inférieures, puis le scrotum et le pénis, qui semblait dans un état de demi-érection; en haut elle ne dépassa point l'ombilic. Les soins de propreté les plus minutieux furent prescrits et observés avec exactitude; l'enfant fut plongé chaque jour dans un bain de lait, d'abord coupé avec de l'eau, à cause de la pauvreté des parens, et ensuite pur; la mère fut soumise à un régime proportionné à l'âge de son petit nourrisson (indication assez peu claire, ce nous semble), et après avoir atteint en une semaine son summum d'intensité, la maladie commença à céder, d'abord dans les parties envahies les dernières, et plus tard dans les points les premiers affectés.

—

Rust's magazin (44e vol., 3e fascicule).

Ce numéro contient les articles suivans:

1° Fragmens tirés du journal d'un professeur de clinique, par *Benedict*; — 2° Du virus de la pustule maligne communiquée à l'homme par les animaux, et des maladies qui peuvent en résulter, par le docteur *Carganico*; — 3° Miscellanées.

Le premier de ces articles n'est guère qu'une espèce de catalogue nosographique des principales maladies observées par l'auteur, assaisonné de réflexions générales qui perdraient leur prix à être séparées des faits qui les ont suggérées. Nous avons remarqué l'observation d'une tumeur située sur le côté gauche de la tête, présentant une dépression profonde à sa partie centrale, ce qui lui a fait donner par l'auteur le nom de *sarcôme fongueux annulaire*, et dans laquelle on n'a reconnu ni un squirrhe, ni un cancer, ni un fongus médullaire, ni une tumeur scrophuleuse, ni un fongus hœmatode, bien qu'elle participât plus ou moins de chacun de ces genres d'altération. Ceci n'a peut-être rien de bien extraordinaire; mais ce qui, à coup sûr, l'est davantage, c'est que, bien que la surface externe des parois du crâne parût entièrement saine, « il existait un épais-« sissement annulaire et un gonflement du pé-« rioste de la surface interne du crâne, corres-« pondant avec beaucoup d'exactitude aux li-« mites de la tumeur extérieure, parfaitement « distincts du cerveau et de l'arachnoïde, mais « ayant formé sur l'un et sur l'autre une dé-« pression très marquée. »— Dans l'opération de la cataracte par extraction, M. Benedict prévient la chute prématurée du cristallin et la sortie du corps vitré, en incisant en deux temps. Dans le premier, il plonge le couteau de manière que le segment inférieur vienne se terminer aussi près que possible de la sclérotique, sans toutefois l'intéresser; puis, lorsque ce segment n'est plus retenu inférieurement que par une bride de peu d'étendue, au lieu d'achever de le détacher, il retire l'instrument, abaisse la paupière et laisse l'œil fermé pendant une demi-minute. Au bout de ce temps les contractions convulsives des muscles oculaires ont cessé. Alors, M. Benedict coupe avec les ciseaux de Daviel la petite bride qu'il a laissée et termine l'opération à la manière ordinaire.

Miscellanées.

M. Stenberg, médecin à Vallo (Danemarck), a employé, non sans quelques modifications, mais avec le plus grand succès, sur cent neuf individus, la méthode que Reich a conseillée pour prévenir les récidives de fièvre intermittente. On sait que cette méthode consiste à saigner largement et à donner l'émétique à la

dose de dix à vingt grains dans huit onces d'eau. M. Stenberg agit avec plus de réserve. Il saigne modérément au début de l'accès, mais il ne dépasse jamais trois saignées; pendant le paroxysme, il n'administre aucun remède; entre les accès, il prescrit une solution de deux gros (drachmen) de sel ammoniac dans huit onces d'eau avec addition de huit à douze grains de tartre émétique. Le malade prend une cuillerée à bouche de cette solution toutes les deux heures. Aux enfans il applique des sangsues à l'épigastre et administre l'émétique dans un sirop. M. Westerguard, chirurgien à Kjüge, a suivi la même méthode et a obtenu les mêmes résultats.

Un autre médecin danois, M. de Meza, à Helsingor, rapporte un cas de hoquet survenu à la suite des vomissemens déterminés par une dose ordinaire d'émétique, et contre lequel échouèrent l'assa-fœtida, le laudanum, l'eau-de-vie camphrée, l'huile de cajeput, l'huile animale de Dippel, etc. Un vésicatoire appliqué sur le bas-ventre en fit promptement justice. — Le même praticien fut appelé auprès d'un enfant de trois mois affecté de coqueluche, et appartenant à une famille dans laquelle cette maladie avait fait de terribles ravages. Il prescrivit d'abord six grains d'ipécacuanha et un grain d'émétique mêlés avec un peu de sucre. En même temps six sangsues furent posées au devant de la trachée artère, et un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Il ordonna ensuite un grain de calomel, six grains de magnésie anglaise et un demi-scrupule de sucre blanc, divisés en huit pilules à prendre une à une, de demi-heure en demi-heure. Dès la cinquième pilule le timbre de la toux changea et la difficulté de la respiration disparut complétement. Cette méthode, déjà recommandée par un grand nombre de médecins anglais et allemands, a réussi également au professeur Klingberg, à Copenhague. Mais ce qui paraît singulier, c'est que M. de Meza attribue au calomel seul tout l'honneur de la cure. — Dans un cas d'hémoptysie, chez une jeune fille, lequel reconnaissait pour cause des coups portés dans le dos et dans la poitrine, et qui avait résisté aux saignées, aux boissons astringentes, acidules et nitrées, le médecin déjà cité eut recours avec succès à des pilules d'un quart de grain d'ipécacuanha mêlé avec un peu de sucre. La malade prenait une de ces pilules toutes les heures, et secondait leur action par les pédiluves irritans, le repos, la diète, etc.

— M. Ronander, à Stockholm, s'est convaincu, par une série d'observations et d'expériences qu'il ne rapporte point ici, que la morphine n'est pas le principe narcotique de l'opium. Des recherches toutes récentes l'ont amené aux résultats suivans : 1° à la dose d'un demi-grain à un grain, l'acétate de morphine ne produit aucun effet narcotique; 2° à haute dose ou à doses moyennes, mais long-temps répétées, il détermine le malaise, de la douleur à l'estomac, des vomissemens, des coliques autour du nombril, le resserrement des pupilles, de la céphalalgie, de l'insomnie, etc. Il ne modifie point le pouls, n'augmente point la transpiration; il provoque des démangeaisons à la peau, et quelquefois la répugnance pour les boissons; *il diminue d'une manière notable la quantité des urines*, propriété qu'on n'a reconnue jusqu'ici à aucun agent thérapeutique; 3° il convient de l'employer dans les cas où l'on veut obtenir les effets secondaires de l'opium, en éludant sa propriété narcotique; 4° l'extrait d'opium, débarrassé de la morphine, agit au contraire avec une grande puissance comme narcotique et comme calmant, sans déterminer de céphalalgie, de constipation, etc. Il se rapproche de l'extrait de jusquiame, et peut être employé avec succès contre les inflammations de la poitrine, du bas-ventre et des voies urinaires. Quoi qu'il en soit des assertions de M. Ronander, qu'on ne peut admettre ni combattre sans connaître les faits sur lesquels elles sont fondées, ce médecin paraît avoir profité avec succès, dans un cas de diabètes, de la propriété qu'il attribue exclusivement à la morphine, de diminuer les sécrétions et principalement la sécrétion urinaire. Le malade avait eu recours à une foule de médecins, suédois ou étrangers; il avait épuisé les ressources de l'art. Réduit à une affreuse maigreur, ses forces étaient épuisées par une diarrhée colliquative autant que par l'énorme quantité d'urine qu'il rendait chaque jour. On employa l'opium à dose croissante, comme simple palliatif; les sécrétions morbides n'éprouvèrent pas la plus légère modification. M. Ronander, appelé à son tour, fit prendre matin et soir cinq gouttes d'une solution de douze grains d'acétate de morphine dans une demi-once d'eau distillée. Le dévoiement céda le premier, la soif diminua, les urines devinrent moins abondantes, moins ténues et plus animalisées. Après trois semaines de traitement leur quantité était réduite à six livres par jour. La dose d'acétate de morphine fut élevée graduellement jusqu'à un grain et demi, puis deux grains en vingt-quatre heures; quelques uns des accidens ordinaires intercoupèrent l'usage du médicament, qui fut repris avec persévérance jusqu'à parfaite guérison. M. Laehendorff, autre médecin suédois, a également réussi dans deux cas de diabètes sucré. On cite encore des leucorrhées et des dévoiemens chroniques qui ont cédé à l'emploi de ce moyen.

JOURNAUX ITALIENS.

REPERTORIO MEDICO-CHIRURGICO DEL PIEMONTE.

(Juillet 1835.)

Styrias traité et guéri par le docteur Carlo Novellis, *médecin de divers établissemens de bienfaisance, à Turin.*

Une femme septuagénaire, d'une bonne complexion et habituellement bien portante, entra à l'hôpital en décembre 1834, pour une légère indisposition. Le 16 avril, elle essuya un coup de froid par un vent coulis à l'ouverture d'une fenêtre. Le lendemain, chaleur vive et fièvre interne : *Deux saignées et une troisième le jour suivant; boissons rafraîchissantes.* Amendement des symptômes fébriles, prurit par tout

le corps, surtout aux flancs et aux cuisses, apparition de quelques pustules grosses comme un grain de millet.

Le 20, pustules plus grosses, plus nombreuses, transparentes, arrondies; il y en a du volume d'un grain de maïs; on aperçoit quelques poux sur le front : *coupe des cheveux, frictions d'onguent de staphisaigre sur la tête.*

Le 21, apyrexie; les pustules sont toutes rouges et transparentes; on en ouvre quelques unes et il en sort du sang; la malade est couverte de poux d'une grosseur démesurée : *changement de linge, de lit, frictions d'onguent de staphisaigre, frictions sèches.*

Le 22, les poux ont pullulé au point que tout le corps et le lit en sont couverts; les cheveux, qu'on avait coupés à hauteur de brosse, en sont hérissés et épaissis; la tête est sensible au toucher comme dans la plique; cependant on rase la tête sans que la coupe des cheveux soit douloureuse, et *on lave la tête avec de l'eau de savon tiède, et ensuite tout le corps avec une solution de cinq grains de deuto-chlorure de mercure*; le soir les poux sont plus nombreux, vous diriez qu'on a jeté du tabac à poignée sur le lit : *répétition de l'ablution mercurielle.*

Le 23, les pustules diminuent de nombre et de grosseur, commencent à pâlir sans apparence de suppuration ni de squammation; les poux sont encore innombrables, tous très gros dès l'instant de leur naissance, et sans prendre ensuite plus de volume; on ne découvre des lentes nulle part : *bain tiède avec une once de foie de soufre.* La malade, après être restée deux heures dans le bain, se sent soulagée, et demande à manger. On continue l'*ablution mercurielle* et les soins de propreté; on coupe les ongles et les poils.

Le 28, guérison complète.

Aristote et Théophraste sont les premiers qui aient parlé de la maladie pédiculaire; mais, soit rareté de cette maladie, soit étrangeté des symptômes, soit négligence des médecins, personne jusqu'à présent n'en a donné une explication satisfaisante. Dire qu'elle est produite par la malpropreté de la peau et des vêtemens, ce n'est rien dire; car si les Espagnols, les Juifs et les Polonais de la classe inférieure sont plus sujets à la vermine dans quelques contrées, Sylla, Junius, vivant dans une plus haute position sociale, ont succombé au styriase. Encore, Hérode, roi des Juifs, et Philippe II, roi d'Espagne, sont morts dans leurs palais dévorés par la vermine. Nous ne nous occuperons pas de la condition pathologique qui donne lieu à cette maladie : ces poux sont-ils ovipares? comment se fait-il qu'ils aient toute leur croissance à l'instant qu'ils naissent? leur génération est-elle donc spontanée? Autre difficulté : Valentino avait vu grand nombre de poux sortir de gros furoncles qu'il avait ouverts à un individu. J'ai ouvert des pustules à ma malade, et je n'en ai vu sortir qu'un peu de sang très vermeil.

J'ai comparé à l'aide du microscope ces poux avec ceux d'une personne saine, et je n'y ai trouvé de différence ni en figure, ni en couleur, mais seulement en volume, les premiers étant beaucoup plus gros. Il y a là quelque caractère encore inconnu qui a échappé aux recherches des naturalistes, ou quelque propriété particulière aux individus qui en ont été attaqués. Toujours est-il que cette maladie n'a rien de contagieux, et que l'infirmière qui a prodigué ses soins à cette pauvre femme n'a pas été salie par un seul de ces insectes.

Le styriase figure dans le cadre des maladies de la peau. Cependant, si nous remarquons la coïncidence de l'éruption des pustules et des poux, de l'amendement des symptômes cérébraux et des douleurs rhumatismales après l'apparition simultanée des pustules et des poux, peut-être verrons-nous alors que cette vermine est une crise de la peau.

—

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Omodei).

(Volume LXXV. — *Septembre* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX : 1° Des bienfaiteurs des hôpitaux et des établissemens de bienfaisance de la ville de Monza, par *Mezzotti*; — 2° Extirpation d'une grosse tumeur adipeuse, située au côté droit de la face, par *Taramelli*; — 3° Hernie inguinale de l'appendice vermiculaire du cœcum, par le même; — 4° Essai sur l'action des cantharides et de la cantharidine, par *Pullino*; — 5° Clinique de l'école de chirurgie pratique de l'université de Padoue, par *Signoroni*; — 6° Nouvelles expériences propres à fixer l'influence de quelques parties du cerveau sur quelques muscles, par *Taddei de Grovina*; — 7° Lithotripsie par percussion, heureusement exécutée sur un enfant de onze ans, par *Pagani.*

Hernie inguinale de l'appendice cœcal.

Une servante âgée de soixante-huit ans, de petite stature, entra dans le grand hôpital de Milan pour être traitée d'une hernie inguinale du côté droit, abandonnée à elle-même, ancienne et étranglée depuis deux jours. Tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule, très douloureuse. Tension de l'abdomen, constipation, pouls petit, fréquent, concentré, aucune envie de vomir n'était survenue. On ne dit rien du hoquet.

Le taxis ayant échoué malgré la position convenable, deux saignées du bras, un bain tiède et les topiques émolliens, on en vint à l'opération. Il s'écoula un peu de sérosité à l'ouverture du sac herniaire. L'opérateur fut étonné de n'y trouver que l'appendice cœcal, mais quatre fois plus gros qu'à l'état normal. Il débrida du même coup le col du sac et l'anneau inguinal; puis, pour s'assurer si la hernie était uniquement formée par la sortie de cet appendice, il le tira doucement à lui en amenant le cœcum. Un rétrécissement en manière de collet, entre l'un et l'autre, démontrait que l'intestin n'était pour rien dans l'étranglement. La réduction se fit sans peine.

Tout alla bien les deux premiers jours. Une émulsion huileuse procura des selles en quantité ; mais le troisième jour une violente fièvre éclata avec péritonite du côté de l'opération. Il fallut saigner huit fois du bras, poser quarante sangsues. La suppuration fut abondante, et la guérison se fit attendre plus d'un mois.

L'auteur pense que l'absence du vomissement caractérise l'étranglement de l'appendice cœcal ; il attribue cette particularité à l'irritation portée sur le cœcum, et ne connaît pas d'autre exemple de hernie formée exclusivement par l'appendice de cet intestin.

Clinique de l'école de chirurgie pratique de l'université de Padoue.

Ce cahier ne contient que *l'inflammation* et les scrofules en deux chapitres ; nous allons en extraire deux observations qui nous paraissent très instructives pour le praticien.

Une vieille femme avait un phlegmon au bras par suite d'une piqûre au pouce. *Médication simple.*

Le troisième jour la malade tombe tout à coup en léthargie. Pouls concentré et filiforme, vomiturition et vomissement, refroidissement de tout le corps, respiration anxieuse, sueur froide au front, relâchement des sphincters, tremblement des membres. *Camphre, eau de canelle, liqueur anodine, boisson spiritueuse.* Les forces commencent à se relever ; qu'arrive-t-il ? à mesure que la débilité générale se dissipe, l'inflammation du bras prend de l'intensité et gagne le poignet. *Application de sangsues vis-à-vis le ligament annulaire.*

Un catarrhe aigu se déclare ; mais en même temps que d'un côté la femme a encore le pouls faible, petit, et se sent défaillir, d'un autre côté le phlegmon du bras avance vers la maturité. La médication générale contraste, comme la maladie, avec la médication locale : ici, *topiques émolliens ;* là, *médicamens toniques et consommés en lavemens.*

La toux devient plus lâche sans beaucoup d'expectoration. L'abcès contient du pus. Mais la faiblesse de tout le corps a tellement augmenté, qu'on n'ose ouvrir l'abcès, et qu'on s'en tient pendant quelques jours à donner *des stimulans, des analeptiques et du vin.* Un accès survenu avec frisson fait craindre la résorption du pus ; à cette considération on ouvre l'abcès. On eut à se louer du parti qu'on avait pris, car il n'y eut plus d'accès.

Recrudescence simultanée de la léthargie et du catarrhe aigu, l'un et l'autre à un plus haut degré, et en même temps d'autres abcès se forment à l'avant-bras et au poignet, avec apparence de gangrène. On en fait l'ouverture malgré la faiblesse générale. Les incisions n'avaient pas encore produit dans la partie une réaction inflammatoire, lorsqu'on eut à combattre un nouvel accident : *des douleurs de colique.* On s'empresse de recourir aux huileux en potion et en friction. Cependant on s'aperçoit que des abcès plus profonds se forment sous la couche superficielle des muscles de l'avant-bras. On craint la carie du radius et du cubitus, la destruction du ligament annulaire. L'asthénie semble devenir universelle ; les parties incisées, au lieu de s'enflammer, se flétrissent : alors on se décide à ouvrir tous les abcès ; on incise en deux endroits le ligament annulaire, on débride l'aponévrose pulmonaire ; enfin on procure un libre écoulement aux foyers purulens. Cette fois la réaction inflammatoire s'ingère dans les plaies, ranime l'économie, éteint la toux et met dorénavant la malade en voie de guérison.

Un garçon de café, âgé de seize ans, entra à l'hôpital plutôt pour s'y reposer quelques jours que pour y guérir d'un ancien gonflement au pied de nature scrofuleuse. Trois jours s'étaient écoulés lorsqu'il survint, sans cause connue, une inflammation à toute l'articulation, avec fièvre et vive douleur à l'aîne correspondante. Le sixième jour cette inflammation gagna les poumons ; une saignée parut procurer quelque soulagement.

Au déclin de ces phénomènes la jambe et le pied du côté opposé s'enflamment et deviennent très douloureux, la fièvre se rallume ; les antiphlogistiques internes et externes soulagent beaucoup. Le calme s'établit, dure quelques jours. La fièvre et l'inflammation de la jambe allaient en diminuant, et voilà que le plus grand désordre éclate de lui-même dans toute l'économie. Prostration des forces, angoisse extrême, pouls petit et presque insensible ; refroidissement des extrémités, palpitations, mort en une heure.

Le traitement avait duré dix-sept jours, et dans les seize premiers on avait fait deux saignées du bras, cinq applications de sangsues, dont trois sur la jambe et deux sur l'épaule opposée. Les médicamens internes et les topiques avaient été adaptés aux circonstances de la maladie, qui avait évidemment le caractère inflammatoire.

A l'ouverture du corps on ne trouva qu'un léger engorgement des vaisseaux sanguins autour des deux articulations tibio-tarsiennes.

L'auteur attribue la mort à l'influence de la constitution atmosphérique qui régnait lors de l'entrée du malade à l'hôpital, pendant l'hiver de 1833 : « Malheur, dit-il, à ceux qui y ve-
« naient demander nos soins, même pour les
« maladies les plus légères. Nous avons perdu
« ainsi nombre de blessés qui avaient subi les
« opérations les mieux indiquées, et faites de la
« manière la plus satisfaisante. »

V. O. G.

III. MÉLANGES.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MANIÈRE DE PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA PIERRE (1), *ouvrage posthume de* Dupuytren, *orné de dix belles planches, avec cette épigraphe:*

> « Je lègue à MM. Sanson aîné et « Begin le soin de terminer et de « publier un ouvrage déjà en partie « imprimé, sur la taille de Celse, et « d'y ajouter la description d'un moyen « nouveau d'arrêter les hémorrhagies.»
>
> (*Testament de* DUPUYTREN.)

Cette œuvre de Dupuytren ne saurait être traitée légèrement; elle suffirait seule pour le faire connaître et pour nous apprendre à tous quel homme, quel maître nous avons perdu. Regardée de près ou de loin, dans son tout et dans ses parties, elle offre réunis à un haut degré, plusieurs caractères et plusieurs qualités qui ne se rencontrent que dans les écrits de certains hommes. Il y a dans la facture de ce mémoire quelque chose de la manière antique et noble des Anciens, quelque chose de la façon simple et élevée des écrivains du moyen âge, quelque chose aussi de la touche plus vive et plus animée de la glorieuse Académie. Celse et Chauliac, les Fabrice et Paré, Pott, Jean-Louis Petit, Sabatier et Scarpa, s'y trouvent tous et chacun un peu représentés. Si bien qu'en le lisant on se sent édifié de cœur et l'on se croit un moment revenu aux beaux temps de la littérature médicale. Le but de l'ouvrage est clairement posé et défini, les difficultés bien reconnues et bien exposées; et non seulement la question principale, mais toutes les questions accessoires, et plusieurs de celles même qui dominent la philosophie entière de la science, y sont amenées, traitées et débattues jusqu'à solution ou commencement de solution.

Quant aux détails, nous devons le dire surtout pour la dernière moitié du mémoire, ils nous ont paru moins parfaits que la somme ou l'ensemble; quelques uns même renferment des inexactitudes, des inutilités et des erreurs; mais où trouver, sous notre main, une œuvre parfaite de tous points? Les ouvrages excellens sont ceux qui renferment de l'excellent.

Le mémoire de Dupuytren est divisé en six parties ou sections principales.

I. *Des dangers de l'opération de la taille et de leurs causes.* — Il y a long-temps, dit Dupuytren, que les hommes éclairés ont relégué parmi les contes absurdes le récit des cures merveil-

(1) A Paris, chez J.-B. Baillière; à Londres, même maison.

leuses de Raw, qui aurait opéré, dit-on, seize cent quarante-sept malades de la pierre, sans en perdre un seul. Ils ont également placé au rang des manœuvres du charlatanisme, l'assertion de tous ces autres praticiens, qui, à l'exemple de Raw, prétendent aussi n'avoir jamais perdu un malade sur plusieurs centaines d'opérations de la pierre. En effet, pour ne parler ici que des dangers de l'opération elle-même, à qui pourrait-on persuader que la division du périnée ou des parois du ventre; que l'incision du col ou du corps de la vessie; que les tiraillemens, la contusion, la déchirure plus ou moins forte de toutes ces parties, pendant l'extraction de la pierre, ne donnerait lieu à aucune inflammation; que la division de tant de vaisseaux, comprise dans celle des parties molles n'amènera jamais d'hémorrhagie. On a publié beaucoup de tableaux statistiques sur les résultats de la pierre. Ils diffèrent tant entre eux, qu'il est difficile d'en rien conclure de rigoureux. Néanmoins, on peut tenir pour certain, qu'il périt entre le cinquième et le sixième de la masse de ceux qui sont opérés de la pierre.

Mais, les dangers de l'opération de la taille sont-ils donc inhérens à la nature des choses? Sont-ils inévitables et de l'espèce de ceux contre lesquels le génie de l'art doive s'abaisser et s'avouer vaincu? Dupuytren l'a cru dans sa jeunesse et professé même dans une occasion solennelle (1); mais une étude et des réflexions plus profondes ne tardèrent pas à le détromper. Il lui fut bientôt évident que la plupart de ces dangers tenaient à *l'imperfection des moyens mis en usage pour arriver à la vessie et pour en extraire la pierre*, et que guidé par une connaissance plus exacte et mieux raisonnée de l'anatomie des régions qu'il faut traverser pour parvenir jusqu'à la vessie, l'art pourrait trouver des moyens plus prompts, plus sûrs et moins dangereux de pratiquer cette redoutable opération.

L'imperfection des moyens mis en usage pour arriver dans la vessie et pour en extraire la pierre! Voilà donc, suivant Dupuytren, la première et la principale source des dangers de la taille, ou, ce qui est la même chose, la cause la plus ordinaire de la mort des malades qui succombent à l'opération. Comment cela? C'est que, dit-il, parmi les individus qui meurent de la taille, plus de la moitié périt d'inflammations dont le plus grand nombre a son siége dans la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin, dans le rectum, dans l'intestin grêle et jusque dans l'estomac, dans le péritoine, les reins, les poumons, les plèvres et le foie; qu'un quart environ périt d'hémorrhagie ou des suites qu'elle entraîne; et que le reste, enfin, succombe à des maladies concomitantes ou accidentelles, comme affections vermineuses, convulsions, rougeole, petites véroles, indigestions, rhumatisme, etc. Or, toutes ces affections, excepté peut-être les dernières, se rattachent plus ou moins étroitement à la blessure ou à l'opération, et lui sont imputables.

II. *De quelques essais peur diminuer les dangers de l'opération de la taille.* — Certain que l'opération de la taille cause la mort du cinquième environ de ceux auxquels elle est pratiquée, que c'est surtout à l'inflammation médiate ou immédiate, locale ou générale, et à l'hémorrhagie, qu'il faut attribuer le résultat funeste, Dupuytren chercha d'une part à rendre l'incision des parties et surtout l'extraction de la pierre plus prompte, plus facile et moins douloureuse; d'autre part, à tenir toujours le tranchant des instrumens à une distance suffisante du tronc des vaisseaux *vulnérables*. Ses recherches furent longues, nombreuses, opiniâtres, et interrompues à deux reprises d'une manière trop honorable pour ne pas le consigner ici en quelques mots :

« Telle était la manière (méthode transversale ou bilatérale) à laquelle je m'étais arrêté, et suivant laquelle j'avais déjà opéré plusieurs malades, lorsque M. Sanson commença les recherches qui l'ont conduit à proposer la taille par le rectum..!.. Je suspendis tous mes essais, frappé que je fus de la promptitude, de la facilité et de l'innocuité de la taille par le rectum, et je pratiquai sur dix ou douze individus l'opération imaginée par M. Sanson..... Mes idées ne sont pas changées sur cette méthode employée encore aujourd'hui par Vacca et Geri. J'ai calculé qu'elle réduit les chances de mortalité à une sur huit opérés, résultat qu'a trop oublié Scarpa.....

« Plus tard l'annonce de la méthode du broiement de la pierre dans la vessie...., sont encore venus suspendre mes recherches. Il n'est pas douteux qu'elle ne soit une acquisition précieuse pour l'art; mais enfin, incertain si la méthode du broiement atteindra les destinées qui lui ont été prédites, doutant qu'elle puisse être appliquée à tous les âges et aux calculs de tout volume, persuadé que cette méthode doit exposer à des récidives..., je me suis décidé à reprendre la suite de mes recherches sur la taille, qui porte à la fois sur les deux côtés du raphé. »

Parmi les essais de Dupuytren, les uns eurent pour but de pénétrer dans la vessie en épargnant son col, les autres en l'attaquant. Voici des résultats fondés chacun sur des détails de structure que Dupuytren donne avec soin, que nous ne pouvons reproduire ici, mais que nos lecteurs se rappelleront sans peine.

a. On ne peut dans l'homme pénétrer entre les pubis et le col de la vessie. — *b.* Il n'est pas possible de pénétrer dans la vessie par dessous le col de cet organe. — *c.* On peut sans doute y pénétrer en l'attaquant sur les côtés de son col, mais un examen attentif apprend bientôt qu'il faut y renoncer. Toutes ces manières ont d'ailleurs le désavantage commun de priver l'opérateur du secours que lui fournit le cathéter, guide assuré, dont on ne saurait se priver sans de grands inconvéniens. — *d.* L'incision du col de la vessie faite en avant, c'est-à-dire vers la symphyse des pubis, bien que cette voie ait été indiquée par Thompson, et que Dupuytren l'ait suivie lui-même pendant quelque temps, doit être rejetée. — *e.* Les incisions faites en arrière directement ou même un peu sur les côtés, et *f*, celles en travers du col de la vessie sont sujettes à de grands in-

(1) Lithotomie, thèse de concours. Paris, 1812.

convéniens. — *g*. Parmi les incisions obliques, celles qui sont dirigées en haut et en dehors, c'est-à-dire celles qui tiennent le milieu entre la symphyse des pubis et les branches de cet os, ont plus d'inconvéniens que les incisions en avant, elles en ont autant que les incisions en travers. — *h*. Il n'en est pas de même des incisions obliques en bas et en arrière, c'est-à-dire de celles qui se dirigent vers la tubérosité de l'ischion. C'est dans cette direction que sont pratiquées toutes les opérations exécutées suivant la *méthode latéralisée;* cependant l'espace est encore étroit, et soit qu'on donne à l'incision toute l'étendue possible, soit qu'on ne lui donne que de très petites dimensions, soit que, pour lui donner des dimensions convenables, on commence fort près des bourses, soit enfin qu'on la commence à huit ou neuf lignes de l'anus, on ne pourra éviter de tomber dans des inconvéniens graves, ou, ce qui est la même chose, on ne pourra éviter l'un de ces inconvéniens sans tomber aussitôt dans l'inconvénient opposé.

Dans les essais précédens, le col de la vessie n'était entouré que sur un point, et de là l'étroitesse de l'ouverture ; n'était-il pas possible en attaquant le col sur deux points à la fois, d'augmenter de beaucoup les dimensions de l'ouverture et d'éviter pourtant les inconvéniens attachés aux incisions portées trop loin sur un seul côté ?

i. Les *incisions combinées* en avant et en arrière ne peuvent donner un bien grand espace. — *k*. Les incisions obliques dirigées de la tubérosité de l'un des ischions vers la branche descendante du pubis du côté opposé, semblaient offrir une combinaison plus heureuse ; mais nous avons déjà vu que les incisions dirigées du col de la vessie vers l'une des tubérosités ne doivent point être faites.

l. Il n'en est pas de même des incisions doubles dirigées en travers, c'est-à-dire d'une tubérosité à l'autre. Elles peuvent être arrêtées à une certaine distance suffisante et donner pourtant déjà un espace notable ; ensuite, et c'est le point essentiel, on peut, en leur donnant la direction oblique (*bis oblique*), avoir une grande ouverture sans intéresser en rien les vaisseaux.

m. Une fois arrivé là, il est évident que Dupuytren avait trouvé sa méthode. Ne semble-t-il pas, en effet, qu'en partageant ainsi l'incision entre les deux côtés du périnée, du col de la vessie et de la prostate, et en réduisant pour chaque côté l'incision à la moitié de son étendue totale, on peut obtenir une grande ouverture et épargner les vaisseaux?

III et IV. *Esquisse anatomique de la région postérieure du périnée, et description de l'opération.* — Ces deux sections du mémoire ne doivent être lues et jugées qu'en face des planches qui en accompagnent et en expliquent le texte, et dont plusieurs, dit-on, ont été dessinées sur des préparations de Dupuytren lui-même.

Nous n'avons presque rien à dire sur le texte; une description anatomique ne s'analyse pas, elle se fait. Des planches ne se louent et ne se blâment que tout bas, à moins qu'on n'en ait d'autres à mettre à côté. Cependant nous nous permettrons quelques mots de réflexions.

Ces planches sont bien dessinées, comme on devait l'attendre d'ailleurs de M. Jacob. Elles sont, grâces à Dieu, d'une meilleure anatomie que les planches périnéales données jusqu'ici par les *régionnaires* contemporains.

On doit savoir un gré particulier au préparateur d'avoir montré les élémens et les différentes couches de la région, plan pour plan, et non plusieurs plans sur le même. Cela l'a obligé à multiplier les images, et c'est un petit inconvénient; mais, sans cela, les planches n'eussent été bonnes à rien.

Le texte anatomique est d'une clarté et d'une simplicité admirables dans quelques uns de ses points.

Ainsi, quand il commence et qu'il dit :

« La surface du détroit inférieur du bassin, bornée par deux lignes qui s'étendraient de la symphyse des pubis aux tubérosités des ischions de chaque côté, et de ces tubérosités à la pointe du coccyx, représente un losange parfait, dont le plus grand diamètre, étendu de la symphyse à la pointe du coccyx, répond à la ligne médiane du corps ou au raphé. Une ligne droite, tirée d'une tubérosité de l'ischion à l'autre, coupe ce diamètre par son milieu et partage cette surface en deux triangles parfaitement égaux. Des deux triangles en lesquels la surface du périnée se trouve ainsi partagée, l'un, situé en arrière de l'anus, est étranger à notre sujet ; l'autre, situé en avant de cette ouverture, est le champ étroit sur lequel se sont exercés, et sur lequel, sans doute, s'exerceront long-temps les lithotomistes. Le champ que nous allons prendre est plus étroit encore, etc..... ! »

V. *Appréciation de la méthode sous le point de vue historique et pratique.* — *a*. Dans les sciences qui ont été l'objet de travaux sans nombre, il arrive souvent qu'on travaille sur les idées des autres, alors qu'on croit travailler sur ses propres idées. « C'est ce qui m'est arrivé, dit Dupuytren, pour la méthode opératoire qui fait le sujet de ce mémoire, et je n'aurai ni la faiblesse ni l'indignité de le dissimuler. Et d'abord, il est évident que cette méthode n'est autre que la taille de Celse, *methodus Celsiana*, non telle qu'on la voit dénaturée dans Paul d'Egine et Heister, mais telle qu'on la trouve expliquée par Guy de Chauliac, et décrite par Deschamps. »

Voici le passage de Celse : *Cùm jam eo venit* (calculus) *ut super vesicæ cervicem sit, juxtà anum incidi cutis plagâ lunatâ usque ad cervicem vesicæ debet, cornibus ad coxas spectantibus paululùm.* « Ce qui signifie : qu'il faut faire au devant de l'anus, *juxtà anum*, une incision en forme de croissant, *plagâ lunatâ*, qui s'étende jusqu'au col de la vessie, *usque ad cervicem vesicæ*, et dont les extrémités soient un peu dirigées vers les ischions, *cornibus ad coxas spectantibus paululùm.* » Celse, comme on le voit, n'est pas difficile à entendre, quand il est traduit par Dupuytren.

Ce que MM. Ribes et Chaussier, Béclard et Morland, avaient fait, pour remettre sur la voie de la taille de Celse, est soigneusement indiqué par Dupuytren.

b. La question pratique est celle-ci : La méthode de Celse, *réinventée* et réhabilitée par Dupuytren, mérite-t-elle ou non la préférence sur la méthode usitée de nos jours?

A ne consulter que le raisonnement et les données anatomiques, cette méthode semble devoir l'emporter sur les méthodes aujourd'hui mises en usage, parce que, suivant Dupuytren, 1° elle est plus facile, plus prompte et plus sûre que les autres; 2° l'incision est faite sur le point le plus large du détroit inférieur. Or, les méthodes sont d'autant meilleures qu'elles sont plus rapprochées, d'autant plus mauvaises qu'elles sont plus éloignées de ce point; 3° elle ouvre le chemin le plus direct de la surface du périnée à la cavité de la vessie; 4° elle donne le moyen de faire une ouverture proportionnée au volume des pierres; 5° et pourtant quelle que soit la grandeur de l'incision, jamais la prostate n'est divisée jusqu'à ses bords; 6° elle ménage sûrement les conduits éjaculateurs; 7° elle permet d'éviter les gros vaisseaux; 8° enfin, elle peut être appliquée aux deux sexes, à tous les âges et à tous les volumes de calculs.

« Mais, ainsi que l'a dit le père de la médecine, le jugement peut égarer. Ce n'est donc pas à lui seul qu'il appartient de résoudre la question proposée; il doit appeler l'expérience à son aide, non pas cette expérience mesquine, etc. »

VI. *Résultats statistiques et observations.* — De même qu'en commençant ce mémoire, l'auteur cherche à représenter par des chiffres la proportion des succès aux revers fournie par l'opération de la taille, considérée d'une manière générale; de même, pour apprécier la valeur de la méthode transversale, il va donner le résultat d'un certain nombre d'opérations pratiquées suivant cette méthode, tant par lui-même que par d'autres praticiens.

Suit un tableau comparatif des guérisons et des morts, à la suite de quatre-vingt-neuf opérations par la méthode transversale, qu'il faut avoir soin de comparer avec le tableau donné page 4 du mémoire, offrant le résultat de trois cent cinquante-six opérations de la pierre, pratiquées à Paris ou dans les environs dans l'espace de dix ans, *par toutes sortes de méthodes* périnéales.

—

A présent que nous avons fait connaître de notre mieux l'œuvre de Dupuytren, nous sera-t-il permis de finir par une ou deux remarques et quelques questions?

Dupuytren, frappé des dangers qui entourent l'opération de la taille, se demande si la cause en est dans la nature des choses, et le croit d'abord; ou bien, s'il ne faut pas plutôt en accuser les vices des méthodes opératoires, et ne tarde pas à en être convaincu. De là ses calculs, ses longs essais, ses études graphiques et sa découverte, ses calculs encore et ses conclusions. On ne peut nier que les dangers de la taille ne soient dus surtout à l'opération; c'est-à-dire : 1° à la blessure; 2° aux suites immédiates de la blessure; 3° aux conséquences moins immédiates et plus vitales de la blessure. Mais ne faut-il donc rien attribuer à d'autres causes, moins palpables il est vrai, mais peut-être plus réelles? Dupuytren convient que plus de la moitié des sujets périssent d'inflammation développée dans le lieu même de l'opération et loin d'elle. D'autre part, il est certain que sur un nombre donné de calculeux, les uns ont toute leur économie, ou les viscères, ou les tissus du bassin, plus ou moins disposés à s'enflammer ou à supporter l'inflammation. Et si on pouvait les discerner d'avance, faudrait-il les opérer? Il applique à la recherche et au choix de la meilleure méthode, la méthode inflexible des chiffres; il ne l'applique pas pourtant, il faut le dire, sans en confesser défiance; mais pourquoi ne la faire porter que sur l'élément anatomique ou *instrumental* de l'opération? Il se livre à de longs et pénibles essais opératoires; mais pourquoi n'accorde-t-il pas un seul jour à des essais d'un autre genre? Est-il donc à peu près indifférent, dans une même méthode, d'être bien ou mal préparé, bien ou mal opéré, bien ou mal soigné? Et pourquoi ne pas aussi appliquer le calcul à ces alternatives?

Jacques LEBAUDY.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS.

Janvier et Février 1836.

Jumeaux siamois. M. Coste adresse une note dans laquelle il examine cette question : « Est-il possible de déterminer l'époque de la vie intra-utérine à laquelle les frères siamois se sont réunis, et d'apprécier leur mode de réunion? » Les conclusions auxquelles arrive M. Coste sont, 1° que les frères siamois n'ont dû se réunir que dans les derniers jours du premier mois de la grossesse, et que par conséquent ils n'avaient point encore tout-à-fait deux lignes de long; 2° que leurs viscères sont libres de toute adhérence, et qu'une opération pratiquée dans le but de les désunir présente les plus grandes chances de succès.

Pieds-bots. M. Duval, directeur des traitemens orthopédiques des hôpitaux civils de Paris, adresse un Mémoire concernant trois cas de guérison de pieds-bots excessivement difformes, qu'il a obtenue au moyen de la section du tendon d'Achille. Au bout de vingt à trente jours de traitement, le pied présentait une conformation normale.

Anomalies anatomiques dans les organes de la circulation, par M. Chassinat. Le sujet de cette observation est une petite fille qui naquit à terme, affectée d'un hépatocèle ombilical, et succomba le douzième jour à une gastro-entérite. Le cœur, d'un volume plus considérable que ne semblait le comporter l'âge du sujet et sa stature, offrait trois cavités ventriculaires distinctes. L'artère pulmonaire manquait ou plutôt était réduite à un petit cordon fibro-celluleux, sans cavité; le canal artériel persistait ainsi que le trou de Botal; le système veineux pulmonaire du côté droit était réduit à un seul vaisseau qui se séparait de la base du poumon, traversait le diaphragme par une ouverture particulière, et venait se jeter dans la veine cave ascendante, au dessus des veines sus-hépatiques.

Spécialité des nerfs de l'odorat, du goût et de la vue, par M. Gabriel Pelletan. L'analogie présumée entre les sensations déterminées par les

odeurs et les saveurs, a fait admettre, dit M. Pelletan, que chez les poissons le sens de l'odorat était transformé en celui du goût. L'admission de cette première hypothèse a porté ensuite à avancer que chez les taupes et les musaraignes, le nerf optique, nerf de la deuxième paire, qu'on ne trouvait point, était remplacé dans ses fonctions par une branche de la cinquième paire. Le but du Mémoire de M. Pelletan est principalement de démontrer que ces hypothèses, qui établiraient la non-spécialité des nerfs des sens, sont inadmissibles. Il se fonde, 1° sur ce qu'il n'y a nulle analogie entre les sensations déterminées par les odeurs et celles fournies par les corps sapides, et par conséquent entre le goût et l'odorat; 2° sur ce que chez les poissons les nerfs olfactifs, par leur origine, et les cavités nasales, par leur disposition, conservent toujours les caractères qui, chez les autres animaux, différencient ces nerfs et ces organes de ceux du goût; 3° sur ce que rien ne prouve que l'air soit le seul véhicule des odeurs, et que les particules odorantes en dissolution dans l'eau ne puissent être *odorées* par les poissons; 4° sur ce qu'en général l'odeur des alimens les distinguant beaucoup mieux que leur saveur, le sens de l'odorat est plus utile aux poissons que celui du goût, pour les guider dans le choix de leur nourriture, surtout pour ceux qui vivent dans l'eau de la mer, liquide si fortement sapide; 5° sur ce que les taupes et les musaraignes possédant des nerfs optiques que l'on peut suivre depuis leur origine, qui est semblable à celle des animaux de la même classe, jusqu'à leur terminaison au globe de l'œil, il n'y a aucune raison pour penser que ce soit le nerf de la cinquième paire qui les fasse voir. Ces conclusions, poursuit l'auteur, ne s'appliquent nullement au sens du toucher qui, commun à toutes nos parties, sans faire exception pour les organes de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, est nécessairement exercé par des nerfs d'origines différentes.

Lithotritie. M. Ségalas lit un Mémoire ayant pour titre : *De la lithotritie considérée sous le rapport de ses accidens réels et de ses accidens supposés.* L'auteur discute tous les inconvéniens qu'on a reprochés à cette opération, et s'attache à faire voir que les uns sont imaginaires, que d'autres se présentent rarement, et que plusieurs lui sont communs avec l'opération de la taille; que tout compensé enfin, la première opération présente des inconvéniens moins nombreux et moins graves que l'autre, ce qui ne veut pas dire d'ailleurs qu'elle doive dans tous les cas indistinctement lui être préférée.

Fœtus vomi par un enfant. M. Ardoin, médecin français, domicilié à Syra, fut appelé en juillet 1834, près du jeune Démétrius Stamattili, qui depuis trois mois environ se plaignait d'une douleur dans l'abdomen, et dont l'état s'était fort aggravé depuis six jours. M. Ardoin, arrivé près du malade, trouva des symptômes qui le firent croire à l'existence d'une gastro-entérite, compliquée d'affection vermineuse, et avec menace de congestion cérébrale. Des purgatifs doux, des sangsues aux jugulaires et sur les points douloureux de l'abdomen, n'arrêtèrent point la marche du mal. Un vomitif ayant paru devoir être indiqué, il fut administré le second jour et procura l'éjection par la bouche de plusieurs vers intestinaux, et enfin d'un fœtus dont la tête et un bras, dit M. Ardoin, sont bien distincts et à peu près dans l'état de développement qu'offre l'embryon du quarantième au cinquantième jour de la vie intra-utérine; au lieu des parties inférieures, il n'y avait qu'un prolongement charnu, aminci à son extrémité et uni à son placenta par une espèce de gaîne qui tient lieu de cordon ombilical. Dix jours après cet étrange vomissement, le jeune Démétrius était dans un état qui faisait espérer son rétablissement, mais cet espoir ne s'est pas réalisé.

Communications vasculaires entre la mère et le fœtus. M. Flourens communique les résultats de ses recherches à ce sujet, et présente des préparations faites sur l'espèce du lapin, qui montrent, les unes le passage de la matière injectée du fœtus à la mère, les autres le passage de la mère au fœtus. 1° L'injection a été faite par la veine ombilicale, c'est-à-dire par le fœtus, et la matière injectée a passé dans les veines utérines; 2° l'injection a été faite par une artère ombilicale, et la matière injectée à passé d'abord dans l'artère ombilicale du côté opposé dans la veine ombilicale, et ensuite dans les artères et les veines de l'utérus. Dans une troisième pièce qui comprend plusieurs fœtus, deux seulement ont été injectés par leur veine ombilicale, et néanmoins la matière injectée (du vernis à l'essence coloré par de la céruse) a passé non seulement dans les veines utérines, mais, chose remarquable, elle a passé de ces veines dans le placenta d'un troisième fœtus, qui lui-même n'avait pas été injecté. Ainsi la liqueur passe des veines du fœtus dans les veines de la mère, et des artères du fœtus dans les artères de la mère. D'autres préparations sont destinées à montrer le passage de la mère au fœtus : dans toutes ces pièces, la liqueur injectée par une artère de l'utérus a passé dans les placentas des divers fœtus contenus dans cet utérus; mais il n'en est pas de même quand on tente d'injecter par les veines utérines; l'injection ne peut pénétrer dans les placentas. Ces résultats obtenus sur l'espèce du lapin, ont été aussi observés par l'auteur sur l'espèce du chien et sur celle du chat. Dans une expérience faite sur l'espèce de l'homme, M. Flourens a retrouvé dans les veines ombilicales une partie de la liqueur qui avait été injectée par les veines de l'utérus. Ces communications vasculaires n'ont pu être découvertes chez les pachydermes par M. Flourens, d'où il a conclu que sous le point de vue qui nous occupe, les mammifères forment deux divisions, savoir : les animaux à placenta unique, où il existe une communication vasculaire entre la mère et le fœtus, et les animaux à placentas petits et multiples, où existent des communications très faibles, des communications de simple contact, de simple adhésion.

L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Janvier et Février 1836.

Rapport de M. Capuron sur une statistique de l'école pratique d'accouchemens de Metz en 1834, par M. Morlanne. — Discussion sur la thérapeutique des maladies aiguës. La discussion très longue et très vive, dont il va être question, s'est élevée au sein de l'Académie à l'occasion d'une assertion de M. le rapporteur que voici textuellement : « D'après les progrès de l'art depuis une vingtaine d'années, il est presque impossible ou difficile de concevoir la mort dans les maladies aiguës, si ce n'est comme une exception ou comme un phénomène rare, à moins qu'on ne les attaque trop tard ou avec des moyens fort inférieurs à leur violence. »

M. Moreau s'élève contre une assertion aussi exagérée; il est des maladies aiguës que tous les efforts du médecin ne sauraient arrêter; il en est même dont on ne peut ralentir la marche, et qui tuent le malade en vingt-quatre heures. — M. Louis ajoute que quelles que soient les méthodes em-

ployées, les résultats d'aujourd'hui sont à peu près les mêmes que ceux d'autrefois.

M. Bouillaud prend alors la parole pour défendre sa méthode; il prend pour exemple la pneumonie, et établit une comparaison entre les résultats obtenus par les divers modes de traitement suivis à Cochin, à l'Hôtel-Dieu, et le sien. Il déclare que suivant son opinion la statistique est en dernier ressort le juge suprême de toutes les questions médicales; il parle d'une statistique éclairée, tenant compte de toutes les circonstances.—M. Louis doute que dans les mêmes circonstances la méthode de M. Bouillaud ait obtenu plus de succès que la sienne. M. Castel: Aujourd'hui on applique la saignée à toutes les affections aiguës, et l'on ne perd, assure-t-on, qu'un malade sur six; mais nos anciens professeurs, en parlant des fièvres les plus graves, s'accordaient à nous dire qu'on en perdait un sur huit. On veut, par des saignées réitérées coup sur coup, enchaîner toutes les maladies! C'est pousser bien loin l'ignorance des premières notions de la pratique médicale, car parmi ces maladies, il en est qui ne peuvent se juger sans réaction, et en saignant ainsi à outrance, vous empêchez la réaction! — M. Capuron: Dans les fièvres ataxiques et adynamiques qui sont bien les fièvres graves de l'ancienne école, Pinel professait qu'il n'y avait rien à espérer; si le malade en réchappait, il ne le devait qu'à la nature. — M. Emery et M. Esquirol s'élèvent contre cette accusation de la pratique de Pinel. Il la modifiait suivant l'état de ses malades, employant tantôt les toniques, tantôt la méthode expectante, tantôt même les anti-phlogistiques, et cela non sans succès.

Enfin M. Pariset attaque l'abus des saignées coup sur coup. « Il y a dans les Mémoires de la Société royale de médecine, un très beau et très important Mémoire sur une épidémie, dont les symptômes simulaient parfaitement la pneumonie; on saignait, on saignait, on saignait, et presque tous les malades succombaient. M. Baraillon, effrayé de cette mortalité, essaya de se passer de la saignée; au troisième jour il sentit sur la peau de petites aspérités, c'était une fièvre miliaire que les saignées empêchaient de se développer, et qui jugea la maladie (très bien). — M. Emery objecte aussi que le choléra et la fièvre typhoïde, d'après sa propre expérience, sont de ces maladies qu'on ne peut traiter par les saignées.

M. Bouillaud prend la parole; il revient d'abord sur ce qu'on ne peut comparer les résultats de nos prédécesseurs et les nôtres; la statistique date d'hier, dit-il, et je défie qu'on m'en montre qui date de plus de vingt-cinq ans... A mes résultats généraux on a opposé des résultats non moins généraux, on a révoqué en doute mes assertions, on m'a fait sentir la nécessité de ne rien avancer sans avoir les chiffres à la main; j'en remercie mes adversaires, voici donc des chiffres exacts. » Alors rassemblant les pneumonies traitées dans divers services, il trouve un tiers de morts; dans le sien, au contraire, il n'a qu'un huitième. Puis revenant à toutes les maladies aiguës, il les distingue en stationnaires, épidémiques et intercurrentes; dans cette discussion il n'est question que de ces dernières. Ce sont, par exemple, l'angine, le rhumatisme articulaire, l'érysipèle, la pleurésie, la péricardite. Eh bien! pour les plus graves de ces maladies, nous n'avons pas été moins heureux que pour la première. Il conclut par demander une commission d'enquête.— M. Rochoux: « J'éprouve une véritable satisfaction scientifique des succès obtenus par M. Bouillaud à l'aide des saignées promptement répétées. Je dois dire qu'en 1821, comme j'étudiais la fièvre jaune dans les Antilles, je fus conduit aussi par l'observation, à regarder les émissions sanguines comme le meilleur moyen, et je les répétais au besoin six à sept fois dans trente-six heures, en même temps que je soumettais le malade à un régime très atténuant.

M. Castel revient à la statistique, il cite les deux hivers de 1718 à 1719, et de 1799 à 1800, seules époques où Corvisart ait perdu un malade sur trois ou quatre.—M. Moreau essaie de ramener la question à son point de départ; il s'agissait dans le rapport de M. Capuron d'une métropéritonite puerpérale et non d'une gastro-entérite comme il le pense. M. Piorry divise la question en ces deux autres: la saignée portée très loin est-elle dangereuse et dans quels cas? la saignée portée très loin est-elle utile dans certaines maladies? Elles sont dangereuses dans l'anémie, mais qui peut nier leur utilité dans la pneumonie, par exemple?—M. Louis élève des doutes sur l'exactitude de la comparaison établie par M. Bouillaud entre ses résultats et ceux de MM. Guéneau de Mussy, Chomel, etc. Il pense que les circonstances n'étaient point les mêmes; du reste, la pleurésie simple n'étant jamais mortelle, on ne peut rien conclure sur l'efficacité des différens modes de traitement. La statistique de M. Bouillaud; M. Castel l'attaque de nouveau: «dans la séance du 24 novembre, M. Bouillaud a dit qu'il ne perdait qu'un malade sur huit; et quand j'eus la parole après lui, je fis voir que j'avais obtenu des résultats plus satisfaisans. Dans la séance suivante, il donna des chiffres plus précis; sur cent deux pneumonies, il n'en avait perdu que douze, encore huit étaient dans un état désespéré, et n'avaient pu être soumis à sa méthode, ce qui réduisait le nombre de morts à quatre sur quatre-vingt-quatorze, ou un sur vingt-trois. Je m'abstiens de tous commentaires, mais je serai plus explicite sur une autre assertion qui lui est échappée: « Ses malades, a-t-il dit, ont guéri, terme moyen, dans quatre à cinq jours. » Ceci est impossible, il est impossible qu'une phlegmasie viscérale intense se juge aussi promptement, cela n'a pas même lieu pour les phlegmasies externes, le phlegmon par exemple. Je pense d'ailleurs qu'on ne doit point nommer de commission, il n'y a point de fait à juger; elle serait du reste fort inutile, une méthode vraiment bonne et heureuse se soutient d'elle-même et n'a pas besoin des certificats d'une commission.—M. Bouillaud: « J'ai déjà déclaré que j'aimais peu à discuter avec M. Castel; nous suivons une ligne toute différente, il est impossible que nous nous rencontrions: M. Castel représente le passé (murmures); pour moi, je crois représenter un peu le nouveau..... M. Bouillaud insiste pour la nomination d'une commission. Ma conviction, dit il, est que trois mois occupés à bien suivre une clinique suffisent pour fonder une opinion consciencieuse; et si je persiste à réclamer une enquête, c'est pour que l'Académie ne croie pas qu'on est venu lancer devant elle des questions d'une solution douteuse, dans le but d'obtenir du retentissement au dehors (très bien). La clôture est mise aux voix et adoptée.

M. Capuron relit les conclusions de son rapport qui sont adoptées; pour le reste on passe à l'ordre du jour.

Rapport sur la nouvelle opération pour guérir radicalement les hernies du ventre, par M. Gerdy. Le procédé de M. Gerdy se compose de trois manœuvres successives: 1° l'invagination et le renversement de la peau dans le canal de la hernie aussi haut que possible; 2° la suture du fond du sac de la peau rentrée avec l'anneau herniaire; 3° l'inflammation de ce sac procurée par l'application de l'ammoniaque. A ces trois manœuvres, M. Gerdy en ajoutait d'abord une quatrième qui consistait dans la suture du prolongement lacciforme invaginé, mais employée beaucoup plus tard;

il y a renoncé depuis. Dans la première opération il avait aussi pratiqué la suture du fond du sac par cinq points de suture entrecoupés; mais ce mode de suture étreint trop fortement les parties; la gangrène survint, et M. Gerdy n'emploie plus aujourd'hui que trois anses de suture enchevillés. On doit aussi faire attention au degré de concentration de l'ammoniaque que l'on emploie. Chez le second malade opéré par M. Gerdy, une heure après l'application du caustique, l'ouverture du sac cutané était fermée par une substance adhérente blanchâtre, transparente comme de l'albumine, qui s'alongeait en une masse filamenteuse, élastique, sans se détacher ni se rompre, quand on cherchait à écarter l'un de l'autre, par un léger effort, les deux côtés opposés du sac; tandis que chez le premier malade, l'ammoniaque trop affaibli ne produisit point l'exsudation plastique propre à déterminer l'adhérence du sac, et nécessita l'emploi de nouvelles manœuvres qui rendirent le traitement plus long et moins satisfaisant. Le pansement consiste dans l'application de simples plumaceaux chargés de cérat : l'opération en elle-même est facile, peu douloureuse, et M. le rapporteur ne pense pas qu'elle puisse donner lieu à des accidens primitifs, mais elle ne réussit pas toujours, et dans quelques cas elle a été suivie d'accidens graves. Sur dix malades opérés par M. Gerdy, trois ont vu la hernie se reproduire avant leur sortie de l'hôpital, six sont sortis guéris, le dixième a succombé à une pleurésie; en résumé, cette méthode est ingénieuse, mais les faits sur lesquels elle s'appuie sont trop peu nombreux et trop récens pour la juger définitivement.—La commission propose, 1° d'adresser des remerciemens à M. Gerdy; 2° de l'engager à communiquer à l'Académie les résultats qu'il obtiendra à l'avenir; 3° de déposer honorablement sa note dans les archives de l'Académie; 4° enfin, d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres résidans (adopté).

Nouveaux appareils pour la cure radicale des hernies, par M. Leroy d'Etioles. M. Leroy commence par annoncer qu'il s'occupait il y a sept ans de cet objet, comme il pourrait le prouver par le contenu d'un paquet cacheté déposé dans les cartons de l'Institut. Aujourd'hui il ne veut que faire voir comment quelques uns des appareils qu'il a imaginés peuvent rendre plus simple et moins périlleuse l'opération de M. Gerdy. Comme les procédés de M. Leroy n'ont point encore reçu d'application, la commission propose d'envoyer simplement sa lettre aux archives (adopté).

Lésion accidentelle remarquable de l'artère humérale et nouveau mode de préparation des pièces d'anatomie pathologique, par M. Jules Cloquet. M. J. Cloquet rend compte du fait suivant : Un individu eut le bras pris entre deux roues d'une mécanique; l'humérus fut broyé, et quand le blessé fut amené à l'hôpital, le pouls avait disparu à l'artère radiale et à la cubitale. L'amputation ayant été pratiquée, on trouva intacte la tunique externe ou celluleuse de l'artère humérale; mais les tuniques internes étaient réduites, au point où la pression avait porté, en lambeaux qui flottaient dans la cavité artérielle et avaient ainsi opposé au cours du sang un obstacle mécanique; des caillots s'étaient formés sur ces lambeaux et avaient oblitéré l'artère. Pour conserver cette pièce intéressante, M. Cloquet a fait dessiner et colorier l'artère avant de l'ouvrir, puis il l'a fait également dessiner ouverte. Ces deux dessins, ainsi que leur description, ont été placés dans le même bocal que l'artère elle-même. Les couleurs solides et à la gomme et l'encre de Chine dont on s'est servi résistent à l'action de l'alcool.

Observation de rupture de l'aorte lombaire par suite d'ossification et d'anévrysme de ce vaisseau, par M. Gimelle. M. J...., âgé de soixante-quatre ans, de petite taille et fortement constitué, éprouve subitement une douleur très violente dans la région lombaire gauche, comparable à plusieurs coups de couteau et communiquant avec la partie supérieure et interne de la cuisse et le testicule du même côté. Quelques instans après, la douleur cessa et le malade était calme. Mais quelques heures s'étaient à peine écoulées, que le malade pousse des cris aigus, se plaint que ses entrailles se déchirent. Un grand engourdissement se manifeste dans le membre abdominal gauche, et peu de minutes après, M. J... avait cessé de vivre. A l'autopsie on trouva une tumeur sanguine, située derrière le péritoine, s'étendant depuis le diaphragme jusqu'à l'arcade crurale du côté gauche. La portion de l'aorte qui était au dessous de la tumeur anévrysmale présentait des ossifications épaisses et étendues, ainsi que la plupart des troncs artériels du bassin. Les ossifications existaient dans la membrane musculeuse.

Vice de conformation du rectum. Communication de cet intestin avec le vagin, par M. Amussat. M. Amussat présente une pièce anatomique offrant un vice de conformation du rectum chez un nouveau-né, qui consiste dans une ouverture très étroite de cet intestin dans la partie inférieure du vagin, à un pouce ou quinze lignes du périnée. A la place de l'anus se voit une petite saillie longitudinale du raphé qui semble indiquer la soudure de l'anus. « C'est au centre de cette saillie, dit M. Amussat en terminant son observation, que j'aurais pratiqué mon incision de manière que j'aurais peut-être conservé les fibres charnues du sphincter, ainsi divisé dans son milieu. »

Mémoire sur l'artériotomie, par M. Magistel. Ce mémoire est divisé en deux parties : dans la première, l'auteur traite de l'opération en elle-même et de la manière de la pratiquer; dans la seconde, il expose les cas dans lesquels il la croit utile. L'auteur commence par jeter un coup d'œil sur l'anatomie de la région temporale, dans laquelle on la pratique à peu près exclusivement. Puis, il en tire les conséquences qui suivent : 1° On peut couper l'artère temporale sans atteindre la lame musculaire de l'aponévrose; 2° incisée assez loin de l'apophyse zygomatique et jusqu'au lieu de sa division, elle peut donner une grande quantité de sang; 3° la disposition du tissu cellulo-adipeux ne saurait s'opposer à l'écoulement du sang; 4° la division de la veine voisine est sans importance; 5° la direction des fibres musculaires au lieu d'élection de la saignée temporale est telle, qu'on peut diviser l'aponévrose sans que ces fibres soient divisées en travers; 6° les anastomoses artérielles rendent cette saignée déplétive à la fois pour les vaisseaux oculaires et pour tout le système sanguin cérébral.

Voici sommairement le procédé opératoire de M. Magistel : Il constate par le toucher le point où l'artère bat le plus fortement, puis il trace avec de l'encre la direction de l'incision; alors, le doigt médius gauche placé en dehors de l'artère à deux ou trois lignes au dessus du lieu de l'incision, le chirurgien tenant en deuxième position un petit bistouri à lame étroite, pointue et courbe, en porte la pointe jusque sur la lame profonde de l'aponévrose temporale; dans un second temps, la pointe est portée sous l'artère obliquement, d'avant en arrière et de bas en haut; enfin, dans un troisième temps d'élévation on coupe à la fois l'artère en travers et les tégumens. On ne doit pas craindre de faire l'incision grande. Lorsque l'artère a été ouverte, le malade tourne la tête et la laisse appuyée sur l'occiput. Des mouvemens de mastication faciliteront la sortie du sang. Pour arrêter le

sang, M. Magistel se sert d'une ou deux petites bandelettes agglutinatives et de compresses graduées. Si le bandage ne suffit pas, il fait deux points de suture. Les seuls accidens que l'on pourrait craindre sont la formation d'une petite tumeur anévrismale ou la lésion de quelques filets nerveux qui, du reste, sont fort rares. Quant aux indications, M. Magistel a lui-même généralisé les résultats de ses observations dans les conclusions suivantes : « Les effets de l'artériotomie seront suivis presque constamment du résultat le plus heureux : 1° dans les plaies de tête avec commotion et compression du cerveau ; 2° dans l'apoplexie où souvent la vie sera rendue, dans certains cas contre lesquels toute autre saignée aurait échoué ; 3° dans les convulsions provenant de congestion du cerveau ; 4° dans l'ophthalmie, dans l'otalgie ; alors les douleurs les plus atroces seront calmées presque immédiatement ; 5° dans les érysipèles de la face et des tégumens du crâne, dans l'encéphalite aiguë ; 6° les effets de l'artériotomie seront généralement nuls dans la manie, la démence, l'épilepsie, l'éclampsie ; 7° il en sera de même dans les névroses, les névralgies, les fièvres graves. »

M. Bouillaud fait suivre cette analyse de quelques réflexions, et après une courte digression sur la méthode numérique, propose à l'Académie de témoigner sa satisfaction à l'auteur et de renvoyer son mémoire an comité de publication. — MM. Velpeau et Louyer-Villermay citent plusieurs faits à l'appui des conclusions de M. Magistel. M. Renauldin pense qu'il y a peu de danger à ouvrir l'artère temporale ; mais il ne lui accorde pas plus d'efficacité thérapeutique qu'à la simple saignée du bras. — M. Sanson : « Quand on ne la divise pas complétement (l'artère temporale), il y a lieu de craindre l'hémorrhagie. Si au contraire on la divise tout-à-fait, on n'a pas souvent la quantité de sang voulue. — M. Duméril : Je me bornerai à une simple réflexion physiologique. Je comprends que la section de la temporale soit utile contre l'ophthalmie, les anastomoses l'expliquent ; mais comment expliquer son action dans le coma, la phrénésie, etc., où le sang qui engorge le cerveau vient d'ailleurs et ne communique point avec celui de cette artère ? La saignée du bras est alors tout aussi bonne, et je crois que la connaissance plus exacte du grand phénomène de la circulation a été, et justement, pour beaucoup dans l'oubli où l'on a laissé l'artériotomie. — M. Dupuy pense, d'après ses expériences, qu'il faut avoir soin de couper la gaîne du tissu cellulaire qui entoure l'artère, parce qu'elle retient rapprochés les deux bouts du vaisseau et facilite ainsi l'hémorrhagie ; tandis que, si la gaîne est divisée en totalité, le danger est beaucoup moindre. — M. Bouillaud résume en peu de mots la discussion. Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés.

L.

NOUVELLES.

Nouvelles diverses. — L'administration des hôpitaux vient de faire placer le portrait de Dupuytren dans la première salle d'entrée de l'Hôtel-Dieu. Le célèbre praticien se trouve placé à côté de Desault et vis-à-vis son ami et condisciple Bichat. Il est très ressemblant, en habit vert, pantalon bleu et orné de ses décorations. Ce portrait rappelle parfaitement ce regard fier et dédaigneux du chef de la chirurgie française du dix-neuvième siècle.

— L'almanach général de médecine, pour 1836, présente le tableau suivant du personnel médical de Paris.

Docteurs en médecine et en chirurgie,		1,220
id.	*id.* en 1835,	1,090
	Augmentation, en 1836,	130

Un nombre à peu près égal de médecins qui figuraient sur la liste générale de 1835, ayant cessé d'être porté sur celle de 1836, pour cause, soit de départ, soit de mortalité, ci 130

Il résulte que le nombre des médecins qui se sont établis à Paris, depuis trois ans, s'élève à environ 260, chiffre double de celui qui représente le nombre des médecins ayant cessé d'y exercer depuis la même époque. Sur les 1,220 docteurs habitant la capitale, il y a 3 commandeurs de l'Ordre royal de la Legion-d'Honneur, 34 officiers et 255 chevaliers.

Inscriptions prises à la Faculté.

1832	1833	1834	1835
5,578	6,646	7,667	8,262

Concours. — Un concours pour la chaire d'anatomie, à la Faculté de médecine de Paris, s'ouvrira le 14 avril prochain.

— Un autre concours pour la chaire de physiologie à l'école de médecine de Strasbourg, s'ouvrira le 26 mai prochain.

— Les concours pour la chaire de clinique externe à la Faculté de Paris et pour celle de clinique interne à Strasbourg, sont sur le point de se terminer. Nous en présenterons les résultats à nos lecteurs dans notre prochain numéro.

Nécrologie. — A Paris. M. le baron de Férussac, fondateur du *Bulletin universel des sciences.* M. Regnauld, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, fondateur du *Journal universel des sciences médicales.*

A Metz. — M. le docteur Boisseau, professeur à l'école de Metz, auteur de la *Pyrétologie physiologique* et de la *Nosographie*, ancien rédacteur du *Journal universel des sciences médicales.*

A Londres. — Sir David Barry, dans la cinquante-huitième année de son âge.

A Édimbourg. — J.-W. Turner, écuyer, professeur de chirurgie dans l'université.

Près Winchester. — Le 2 décembre 1835, Pelham Warren, à l'âge de cinquante-sept ans, membre du collége royal de médecine à New-York. — Le docteur Hosack, mort d'apoplexie dans un âge avancé, causée par la sensation qu'il éprouva en apprenant la perte qu'il faisait de 300,000 dollars dans le dernier incendie.

— La place de bibliothécaire à l'école de médecine, vacante par la mort de M. Mac-Mahon, a été donnée à M. le docteur Dezeimeris. S'étaient présentés pour obtenir cette place MM. Bayle, Dezeimeris et Jourdan.

— M. le docteur Gasc, médecin ordinaire, second professeur au Val-de-Grâce, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Regnauld, médecin principal, décédé.

Prix décernés et proposés. — La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait proposé pour prix la question suivante : Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la di-

rection matérielle, hygiénique et médicale les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés.

La médaille a été décernée à M. le docteur Brierre de Boismont.

—La Société de médecine de Marseille a décerné, dans la séance publique du 7 février 1836, une médaille d'or, de la valeur de 500 fr., à M. le docteur Ledain, de Paris, pour son mémoire sur cette question :

1° Faire l'histoire des rétrécissemens organiques de l'urètre et des maladies qu'ils produisent ;

2° Indiquer dans l'état actuel de la science le mode le plus efficace de leur traitement. Deux médailles d'argent à MM. les docteurs Tanchou et Warmé, pour leurs mémoires sur la même question.

De plus, elle a décerné, à titre d'encouragement, une médaille en argent à M. le docteur Thomas, chirurgien interne en second à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour un mémoire sur le choléra-morbus.

— La Société des sciences médicales de Bruxelles vient de décerner à M. le docteur Ratier le prix qu'elle avait proposé sur cette question : Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne.

— On vient de mouler la tête de Lhuissier, assassin de la fille Ferrand. Ce plâtre complète la galerie des têtes de criminels, exécutés à mort, depuis le 1er janvier : Lacenaire, Avril, David, Fieschi, Lhuissier. Pour les têtes de Pepin et de Morey, on n'a pas pu en prendre le moule. Jamais peut-être occasion plus favorable ne s'était offerte pour rechercher ce qu'il y a de vrai dans les observations phrénologiques. Les adeptes du système de Gall et de Spazzheim en ont profité, ainsi que leurs adversaires. A qui, dans cette discussion, est resté la victoire ? Question peu décisive au fond pour le triomphe définitif de la science phrénologique, si la phrénologie est une science ; mais qu'il est bon de résoudre, afin de hâter, autant que possible, la solution du problème au profit de la vérité, n'importe où elle se trouve. Voilà pourquoi nous avons cru devoir charger un de nos confrères, en l'intelligence et l'impartialité duquel nous avons toute confiance, de nous faire un exposé de ce qui a et aura été dit pour et contre la phrénologie, au sujet de tous ces plâtres ; sorte de rapport dont nous nous réservons de tirer des conclusions, s'il y a lieu. Ce travail paraîtra dans notre prochain numéro.

B.

SABATIER-DUPUYTREN. — DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE, *nouvelle édition, augmentée des généralités sur les opérations et les pansemens, de l'anatomie chirurgicale des parties, de l'indication des procédés récemment découverts, et enfin, des procédés relatifs à chaque opération, etc.* ; 4 vol. in-8°. Prix, 18 fr.

La Médecine opératoire de Sabatier est un de ces rares écrits qui résistent à l'épreuve du temps et qui sont toujours accueillis avec une nouvelle faveur par les médecins véritablement amis des études fortes et consciencieuses ; tous conviennent que des divers écrits de médecine opératoire, il n'en existe aucun qui réunisse à un aussi haut degré l'excellence de doctrine, la perfection de la méthode et la clarté du style, conditions si précieuses dans un ouvrage didactique. Telle est l'expression fidèle du jugement que l'on porte encore aujourd'hui sur l'ouvrage de Sabatier, dans toutes les écoles de chirurgie de l'Europe ; c'est ce jugement qu'avait porté Dupuytren, cet homme si bon juge du mérite en pareille matière ; il ne pouvait pas donner une meilleure preuve de la haute opinion qu'il avait conçue de l'ouvrage de Sabatier, que de mettre lui-même la main au perfectionnement de ce grand ouvrage et d'y rattacher tous ses travaux et découvertes en chirurgie, présentés en un même corps d'ouvrage.

La presque totalité du premier volume est rédigée sous l'inspiration immédiate de Dupuytren, qui y a consigné ses vues pratiques sur les hémorrhagies, les pansemens, et en un mot sur cette partie éminemment usuelle de l'art chirurgical, qui offre un égal intérêt non seulement à ceux qui se livrent à la pratique exclusive de la chirurgie, mais encore à tous les médecins, quelle que soit la spécialité qu'ils cultivent, et d'une manière encore plus directe aux élèves en médecine et en chirurgie. S'il était possible d'ajouter à ce qui vient d'être dit, nous rappellerions que deux des élèves les plus distingués de l'école de Dupuytren, MM. Bégin, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Sanson, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc., ont donné à l'ouvrage de Sabatier le seul perfectionnement dont il fût encore susceptible, c'est-à-dire qu'ils y ont fait les additions nécessaires pour le mettre sur tous les points à la hauteur des connaissances du jour. C'est le seul ouvrage auquel M. Dupuytren ait travaillé.

N.

Le Directeur de service J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° X. — AVRIL 1836.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Considérations préliminaires sur l'application des méthodes d'observation a l'étude des maladies cérébrales.

Medicus enim naturæ minister
et interpres.

(BAGLIVI.)

L'étude des fonctions cérébrales a été l'objet des méditations de la plupart des hommes célèbres qui se sont succédé dans la carrière médicale. On en trouve des notions chez les premiers observateurs, et, pour s'en convaincre, il n'y a qu'à jeter les yeux sur les ouvrages de Pythagore, Galien, etc. Cependant, malgré les immenses travaux et les recherches sans nombre faites dans le but de déterminer le mécanisme des fonctions cérébrales, le siége des facultés et le jeu de ces ressorts les plus mystérieux de la vie, on n'a pas encore acquis beaucoup de données précises à cet égard, en sorte qu'il reste une foule de phénomènes très complexes que nous ignorons complétement. Si tant de travaux ont été jusqu'à nos jours presque infructueux, s'ils n'ont produit qu'un petit nombre de vérités, il ne faut en accuser que l'obliquité des routes qu'on a suivies, l'imperfection des moyens (l'anatomie était à faire), la difficulté du sujet, et l'impatience de l'esprit humain, qui, dédaignant la marche trop lente de l'observation ou armé d'un petit nombre de faits, veut s'élever de suite à des lois générales auxquelles il soumet ensuite tous les autres faits; aussi comme ces faits n'avaient pas pour base une observation suffisante, une étude approfondie des faits, ils devaient bientôt céder à d'autres principes, à d'autres conceptions de l'esprit. L'observation, l'expérimentation, le raisonnement qui arrange, qui coordonne, qui enchaîne les faits, telles étaient les sources où devaient être puisées toutes nos connaissances sur l'action des diverses parties du système nerveux; aussi n'est-ce que depuis que les méthodes d'observation ont été appliquées à l'étude de ce système qu'on voit surgir de toutes parts des idées plus positives, des aperçus plus lumineux; mais les résultats sont encore loin de suffire à toutes les exigences. Il reste encore beaucoup à faire.

Certes l'anatomie comparée qui, en nous faisant embrasser d'un seul coup d'œil toute la série des êtres et les mille modifications successives qu'éprouve cet admirable système en passant d'un animal à un autre, a pu agrandir la sphère de nos idées; l'esprit a pu tirer de ces combinaisons quelques lumières pour démêler certains effets de la mécanique vivante; en effet, il est plus facile de saisir l'essence d'un phénomène quand on en peut suivre toutes les modifications graduées dans une série d'êtres, mais il faut convenir qu'elle ne nous a pas encore été d'un bien grand secours. Les vivisections ont pu faire faire des découvertes importantes, mais en supposant aux expérimentateurs la meilleure bonne foi possible, il est aisé de s'apercevoir que la préoccupation d'une série d'idées exclusives les a entraînés souvent hors des sentiers de la véritable observation; beaucoup expérimentent dans le dessein de trouver la preuve d'une idée qui justifie leur illusion. Alors tantôt ils forcent l'expression d'un phénomène, tandis qu'ils affaiblissent ou effacent les autres. D'ailleurs est-il toujours possible d'appliquer à l'homme des résultats déduits d'expériences sur les animaux dont la structure des organes n'est pas absolument la même, et qui est modifiée par une foule de causes; ainsi l'animal qu'on apprête, tremble, se raidit, et la douleur développe mille sympathies morbides; de sorte qu'il faut des esprits bien justes pour tenir compte de toutes ces influences.

L'anatomie comparée, les vivisections ne peuvent donc fournir que des analogies.

C'est dans l'étude de l'homme lui-même, de ses maladies, dans la pathologie, qu'on doit trouver la solution d'une foule de problèmes jusqu'alors insolubles.

Ces expériences *sorties des mains de la nature*, comme dit le professeur Cruveilhier, sont bien autrement importantes que les expériences physiologiques; déjà elles ont fait jaillir sur l'action des centres nerveux, des traits de lumière, et ont mis en outre sur la voie de découvertes précieuses qui, en se multipliant, achèveront de dissiper les ténèbres qui règnent encore sur cet important sujet.

Telle est, je crois, aussi la mine la plus féconde, la voie la plus sûre pour arriver à des connaissances positives sur les fonctions du système nerveux. C'est cette voie que j'ai suivie dans le petit nombre de faits que les circonstances m'ont mis à même de recueillir.

Je décrirai tout simplement ce que j'ai vu, et je tirerai de ces faits quelques conséquences avec circonspection, connaissant d'ailleurs la difficulté du sujet et les erreurs dans lesquelles sont tombés tant d'hommes distingués pour s'être trop pressés à conclure.

Je n'ai pas la prétention de présenter des faits tout à-fait inconnus, mais du moins, j'espère, ils pourront servir à consacrer des anté-

cédens, et agrandir ainsi les bases de la science.

J'ai divisé en trois sections les faits que j'ai à présenter.

La première section comprend des cas où l'autopsie ne nous a démontré d'autre altération qu'une injection vive de tous les vaisseaux de l'encéphale. C'est ce que j'appellerai *hyperémie cérébrale.*

Dans la seconde section j'ai rangé tous les faits où il y a altération évidente de la pulpe nerveuse, tels que ramollissemens, tubercules cérébraux et abcès.

Enfin dans la dernière, j'ai rapporté sous le nom de méningite quelques cas d'inflammation des enveloppes des centres nerveux.

Congestion ou hyperémie cérébrale. Ire section.

Je rapporte sous le nom d'hyperémie cérébrale, des troubles divers dans l'innervation, dont un des effets est de déterminer dans l'encéphale de rapides congestions; je ne considère donc ici la congestion ou hyperémie que comme consécutive au trouble nerveux qui sera l'élément premier, le point de départ de tous les phénomènes morbides. Appelé par l'excitation, bientôt à son tour l'afflux sanguin, d'une part, par sa masse, opprimera la pulpe molle de la substance nerveuse, et de l'autre, par ses propriétés stimulantes, surexcitera encore cet organe éminemment irritable, et donnera, dans la plupart des cas que je vais rapporter, naissance à des accidens rapidement mortels. Ainsi la nécropsie ne pourra jamais nous donner le secret de la maladie, elle ne témoignera que de ses effets.

Sous l'influence de l'exaltation insolite du centre de la vitalité, les fonctions principales de la vie sont toutes plus ou moins troublées, perverties, et l'on voit se développer une foule de désordres qu'on a pu confondre avec des états morbides très différens, soit avec une véritable hémorrhagie cérébrale, telle est l'observation première et deuxième, soit avec des méningites aiguës, telles sont les observations cinquième et sixième, et dans tous ces cas, l'autopsie ne nous a montré qu'une réplétion de tous les vaisseaux de l'encéphale, déterminant une rougeur variable par ses nuances et ses différens degrés d'intensité, une augmentation du volume de la pulpe nerveuse et une plus grande épaisseur des membranes.

Tels sont les caractères de l'hyperémie cérébrale.

Les faits que je vais rapporter ne sont que quelques variétés des nombreuses formes que peut prendre l'hyperémie cérébrale.

Ire Observation. — Ire variété. — *Perte instantanée de connaissance; — hémiplégie; plus tard, mouvemens convulsifs intermittens dans les membres. — Mort, autopsie; injection générale des vaisseaux de l'encéphale.*

M. Causse, capitaine au 52e, d'un tempérament robuste, bien musclé, poitrine large, cou court, tête très volumineuse, entre à l'hôpital de Sédan, le 14 novembre 1832 à quatre heures du soir; la parole est embarrassée, les idées sont obtuses et la mémoire très faible; il éprouve des douleurs aux membres supérieur et inférieur du côté droit qu'il ne peut soulever qu'avec beaucoup d'efforts et qui sont évidemment le siége d'une paralysie légère.

Interrogé sur l'état antérieur de sa santé, il nous apprend qu'en 1829 il a été frappé d'une attaque d'apoplexie suivie d'un léger affaiblissement du côté droit que les émissions sanguines ont fait disparaître en quelques jours; que depuis il s'était toujours bien porté; mais qu'il y a huit jours, après une marche fatigante qu'il faisait avec son régiment, il tombe tout-à-coup sans connaissance et est de suite transporté à Stenay; que des saignées, des sangsues aux tempes, des vésicatoires aux mollets, avaient fait disparaître une partie des phénomènes de congestion cérébrale, mais qu'il était resté à droite une légère paralysie; au bout de dix jours, trouvant son état assez satisfaisant et ses forces suffisantes, il se décide à se faire transporter à l'hôpital militaire de Sédan où il espère obtenir des secours plus efficaces.

La nuit du 14, jour de son entrée, fut assez tranquille, mais vers les cinq heures du matin, les membres et la face deviennent le siége de mouvemens convulsifs, un clignotement continuel agite les paupières, les yeux sont égarés, la langue humide et naturelle est continuellement agitée, les doigts des pieds et des mains sont fortement contractés, les soubresauts des tendons empêchent d'explorer le pouls, la peau est suante, la salive ne pouvant plus être retenue, s'écoule continuellement, la respiration est précipitée et difficile, dilatation et contraction alternative des ailes du nez, râle bronchique, la face est injectée et rouge, les carotides et temporales battent avec force.

Ces crises, qui présentent beaucoup des caractères des crises épileptiques, se répètent à peu près toutes les dix minutes jusqu'à neuf heures du matin; dans les intervalles il recouvre toute son intelligence, ses réponses sont justes, la face reprend son expression naturelle, mais les mouvemens des membres droits et de la langue sont toujours difficiles; enfin, bientôt toutes les autres fonctions reviennent à leur type normal, il éprouve seulement un abattement général; dans la matinée on lui applique deux sinapismes aux jambes, on lui administre un lavement purgatif, dix sangsues sont posées sur le trajet des jugulaires avec le soin d'entretenir un écoulement continuel de sang en posant successivement de nouvelles sangsues.—La perte de sang fut considérable; de neuf heures du matin, 15 novembre, jusqu'à trois heures de l'après midi, il n'eut aucune crise, et déjà le malade commençait à concevoir l'espoir d'un mieux prochain.

A trois heures les crises recommencent plus violentes que jamais et se rapprochent avec une effrayante rapidité, on en compte neuf dans l'espace d'une heure.

La nuit du 16 fut très orageuse.—Il meurt à cinq heures du matin dans une de ses crises.

Autopsie.—Les tégumens du crâne sont fort injectés, la section laisse échapper une grande quantité de sang; les sinus sont gorgés d'un sang noir et épais; les membranes encéphaliques sont très injectées.

La substance nerveuse est plus consistante qu'à l'état normal; chaque tranche est sablée

d'une multitude de points rouges, qui sont les orifices d'autant de vaisseaux remplis de sang, et d'où suintent des gouttelettes sanguines.

Les organes de la digestion et de la respiration sont dans l'intégrité la plus parfaite.

Le cœur examiné avec le plus grand soin, ne nous a rien présenté d'anormal.

Réflexions selon le rapport du malade.—La perte de connaissance est survenue tout-à-coup sans aucun phénomène précurseur morbide; ne devait-on pas se croire en droit, d'après les symptômes, d'annoncer qu'une inflammation s'était développée autour d'un foyer apoplectique, ou que celui-ci s'étant ouvert le 14 à la surface de l'hémisphère gauche, le sang irritait les méninges?

Eh bien! nulle part de lésion, d'épanchement; partout afflux de sang à la peau, aux enveloppes du cerveau, au cerveau lui-même.

Comment expliquer de si graves symptômes et une mort si prompte pour une cause si légère en apparence, qui ne produit le plus souvent que des étourdissemens ou une absence passagère du sentiment?

Cette observation est remarquable en ce qu'elle démontre qu'une paralysie partielle peut survenir sans que le cerveau ait éprouvé d'autres modifications qu'une simple congestion de la substance cérébrale; ainsi, dans ces cas, où la perte de mouvemens bornée à un côté du corps semble indiquer une lésion plus profonde dans l'hémisphère du côté opposé, il peut n'exister qu'une simple hyperémie cérébrale.

N'est-il pas probable que c'était à des cas de cette nature qu'avaient affaire les médecins qui ont cru avoir guéri en quelques jours des hémorrhagies cérébrales?

Nul doute aussi que c'est à une semblable injection des vaisseaux encéphaliques qu'il faut attribuer les attaques d'apoplexie qu'on voit quelquefois se dissiper en quelques minutes.

IIe Observation. — *Perte instantanée de connaissance; paralysie des mouvemens relatifs à l'articulation des sons; paralysie de la sensibilité tactile de la langue; perte du goût; guérison.*

Viard, grenadier au dix-huitième de ligne, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une humeur gaie, est tourmenté depuis quelques jours de pesanteurs de tête, de céphalalgie et d'éblouissemens, et d'un léger gonflement de la membrane pituitaire, d'où s'échappent de temps à autre quelques gouttelettes de sang.

Le 26 septembre, veille de son entrée, se sentant plus assoupi qu'à l'ordinaire, il se couche de meilleure heure, et en apparence bien portant, n'ayant bu dans la journée que quelques verres de bière et une petite quantité d'eau-de-vie, liqueur à laquelle il est d'ailleurs habitué depuis long-temps.—Mais à peine a-t-il dormi deux heures, qu'il tombe de son lit sans connaissance, comme nous l'apprîmes de ses camarades, et agité de convulsions générales, avec des grincemens de dents et des cris horribles.

Cet état se prolonge à peu près dix minutes, puis succède à cette agitation un abattement général avec pesanteur de tête, éblouissemens. Il a recouvré toute son intelligence et veut s'exprimer, mais il fait des efforts infructueux, ses camarades le transportent dans son lit, où, cédant à son assoupissement, il dormit plus qu'à l'ordinaire, on fut même obligé de l'éveiller; mais à son réveil il ne peut articuler aucune espèce de sons; les autres sens paraissent dans une intégrité parfaite. — L'ouïe était intacte, puisqu'il répondait juste et par signes aux diverses questions qu'on lui adressait; tout annonçait d'ailleurs qu'il jouissait de la plénitude de ses fonctions intellectuelles.

Le 28 septembre, jour de son entrée à l'hôpital de Sédan à dix heures du matin, il fait le trajet de la caserne à l'hôpital sans aucun soutien; l'expression de sa physionomie est celle de l'homme en santé; sa langue examinée n'est nullement déviée et se présente à l'état normal; ses mouvemens sont assez faciles, mais elle est complétement insensible par ses deux faces. Le poivre appliqué sur elle n'est pas perçu par le malade, qui la traverse même avec une aiguille sans éprouver la moindre sensation de douleur.

Le pharynx, comme la langue, a perdu sa sensibilité, le poivre appliqué sur sa muqueuse, ainsi que le contact du doigt, d'une sonde, ne sont pas ressentis; mais la voûte du palais, la surface interne des joues, les gencives, les lèvres, ont conservé toute leur sensibilité; la peau de la région sous-mentale et laryngienne est également dépourvue de sensibilité. On a pu fortement pincer cette peau sans qu'il en éprouve aucune sensation douloureuse; du reste, aucune distorsion de la face, les pupilles ont leur grandeur naturelle.

Dans cet état la parole est impossible, cependant il a conservé dans la langue assez de mouvemens pour exécuter la déglutition et la mastication; la sputation est un peu gênée, la tête est toujours lourde, comme comprimée, selon son expression, douloureuse à la région frontale; les membres ont conservé toute leur motilité, seulement le malade ressent des picotemens et de la fatigue dans les membres inférieurs; la respiration se fait comme à l'ordinaire.

Tout le temps de la maladie le pouls ne s'est jamais élevé au delà de cinquante-cinq pulsations par minute; l'appétit est nul et la soif modérée.

La guérison s'est annoncée par une sensation particulière d'extension de la langue, ainsi qu'un fourmillement dans cet organe et dans le pharynx, bientôt suivi de la sensibilité et des mouvemens propres à l'articulation des sons; la peau correspondante de la région sous-mentale et laryngienne est alors devenue le siége d'une sensibilité plus exquise.

Traitement. — Il s'est composé d'une saignée de vingt onces et d'un purgatif qui a donné lieu à quatre selles; l'application de trente-cinq sangsues a achevé la guérison qui a été immédiate.

Réflexions. — Voilà encore un cas où il est évident qu'une hyperémie a donné lieu à une paralysie locale.

L'anatomie pathologique n'est pas venue, il est vrai, confirmer ce diagnostic; cependant la

bénignité des symptômes, la disparition si brusque de tous les phénomènes morbides, ne nous laissent aucun doute sur l'existence d'une simple hyperémie cérébrale.

Une chose remarquable dans cette observation, c'est la perte de la parole articulée qui se concilie avec une locomotion facile de la langue pour tous les autres mouvemens. — Ne semblerait-il pas que certains nerfs sont plus spécialement destinés à coordonner les mouvemens de la langue relatifs à la mastication, tandis que d'autres présideraient à des mouvemens qui la rendraient seulement apte à la production des sons articulés.

Je possède deux cas de plaies de tête où j'ai pu remarquer cet isolement, cette distinction, cette démarcation tranchée entre les mouvemens propres à la mastication et ceux destinés à l'articulation des sons; en outre, comme dans cette observation, quelques heures ont suffi au retour normal de la parole articulée.

Sont-ce les mêmes nerfs qui président à ces deux ordres de mouvemens? Peut-être alors l'action nerveuse a-t-elle seulement besoin de plus de précision pour les sons articulés, car la prononciation dépend de nuances beaucoup plus délicates; dans le cas contraire, quels seront donc alors les nerfs affectés aux mouvemens ou à tel ou tel mouvement en particulier, ou de la mastication, ou de la prononciation?

Une autre question se présente encore. Nous avons vu ici que la sensibilité spéciale de la langue, comme organe de gustation, et la sensibilité générale, ont été simultanément le siége de la paralysie.

Quels sont donc encore les organes qui président à ces deux espèces de sensibilité? ou en d'autres termes, les nerfs de la gustation sont-ils aussi les nerfs qui président à la sensibilité générale?

Ces deux fonctions sont-elles affectées au même nerf? Dans ce cas, le nerf lingual sera-t-il l'organe de cette double fonction?

Telles sont les intéressantes questions que soulève l'observation que nous venons de rapporter, mais qui, malgré des faits nombreux et les belles expériences de Charles Bell, Magendie, l'opinion de Scarpa, Manec, etc., ne me paraissent pouvoir être résolues d'une manière positive. Nous trouvons encore ici une preuve bien évidente de la liaison vitale qui existe entre la peau et les organes qu'elle recouvre, liaison qu'on a pu croire long-temps vasculaire, mais qui est à n'en plus douter nerveuse et vasculaire.

Nous ferons remarquer dans cette observation l'heureux effet des émissions sanguines, et l'insuffisance de ces moyens dans le cas que nous avons cité précédemment. Nous en chercherons la cause lorsque nous passerons au traitement de l'hyperémie.

IIIe Observation. — 2e Variété d'hyperémie. — *Paralysie sans perte de connaissance, sans symptômes précurseurs; guérison prompte.*

J'ai maintenant sous les yeux une autre forme d'hyperémie dans la personne d'un habitant de cette ville, auquel M. le docteur Soutetten a donné ses soins.

Cet homme, d'un tempérament nerveux, ressentait depuis quelque temps une légère gêne dans les mouvemens de la langue; n'éprouvant d'ailleurs ni céphalalgie, ni éblouissemens, ni pesanteur de tête. Il y avait quelques jours qu'il se trouvait dans cette position, et ne voyant aucune augmentation, cette légère gêne fixa peu son attention.

Un soir cet homme rentre chez lui, et se couche en apparence bien portant, ne souffrant nullement de la tête; mais le lendemain matin, lorsqu'il veut se lever, il était paralysé de la moitié du corps avec distorsion de la bouche et difficulté d'articuler les sons.

Au bout d'un mois cet homme vit se dissiper graduellement tous ces symptômes morbides, sous l'influence d'une saignée et de quelques frictions sur les membres paralysés; maintenant il ne conserve presque plus de traces de sa paralysie.

Réflexions.—N'est-il pas raisonnable de penser qu'il n'y a eu ici que simple hyperémie, car une hémorrhagie, un ramollissement, ou toute autre affection de la pulpe nerveuse aurait entraîné des désordres bien plus graves; et d'ailleurs cette maladie se serait-elle terminée d'une manière si bénigne et en si peu de temps sans laisser presque aucune trace de sa présence?

IVe Observation. — 3e Variété d'hyperémie. — *Névrose donnant lieu à des congestions au cerveau et à des symptômes simulant une phthisie pulmonaire. — Opinion de M. Husson.*

Mademoiselle Dam***, âgée de 30 ans, d'un tempérament éminemment nerveux, d'une imagination brillante et d'une humeur naturellement très gaie, a passé assez bien les premières années de son enfance, mais elle était restée très long-temps grêle, d'une constitution délicate, et d'une susceptibilité nerveuse remarquable: très souvent elle était fatiguée par de longues insomnies ou son sommeil était agité par des rêves effrayans. Les veilles, les fatigues qu'elle eut à supporter en soignant une de ses amies dangereusement malade, le peu d'exercice et les contentions d'esprit auxquelles elle se livra altérèrent sa santé. Dans cet état de choses voulant aider à soulever son amie malade, elle fait un effort et éprouve tout-à-coup une douleur vive au côté gauche de la poitrine, dans l'espace intercostal compris entre la 5e et la 6e côte; dès lors elle ne peut plus soulever le bras, sans éprouver un tiraillement douloureux qui s'étend depuis le creux de l'aisselle jusqu'au point primitivement lésé. Elle consulta un médecin qui lui fit appliquer à plusieurs reprises des sangsues sur le point douloureux sans obtenir aucun soulagement; les ventouses scarifiées n'eurent pas plus de succès. A ces symptômes tout-à-fait locaux vient s'adjoindre une série d'autres symptômes plus graves; la poitrine devient très sensible à la moindre impression du froid, plusieurs imprudences qu'elle commit donnèrent lieu à des rhumes à la suite de quels elle conserva une toux sèche et fréquente, s'accompagnant d'une fièvre continue avec redoublement vers le soir, et rougeur circonscrite des pommettes : elle devint très sujette aux extinctions de voix. Cet état s'accompagnait quelquefois de douleurs brulantes

dans toute l'étendue de la poitrine et de crachats sanguinolens.

Plusieurs médecins consultés n'eurent aucun doute sur le siége plus profond du mal et n'hésitèrent pas à regarder notre malade, comme affectée de phthisie pulmonaire commencante.

On lui interdit le vin pur, les liqueurs, le café, et on recommanda le séjour de la campagne.—Quatre mois qu'elle y resta n'amenèrent aucun changement dans sa position.—Elle avait toujours même toux sèche, même douleur à la poitrine, même fréquence dans le pouls.

Peu de temps après son retour on lui apprend une nouvelle qui l'affecte beaucoup; dès lors la douleur permanente du côté s'augmente et devient tellement vive que la malade a besoin de tout l'empire qu'elle a sur elle-même pour retenir ses cris, mais bientôt la tête se congestionne, les idées deviennent obtuses, la mémoire presque nulle, les paroles sont lentes, entrecoupées et difficiles, elle bégaie — l'appareil locomoteur du côté droit s'engourdit et devient bientôt le siége d'une légère paralysie.

Le médecin effrayé de cet état fait appliquer de suite des sangsues derrière les oreilles et des sinapismes aux pieds, quelques jours suffirent pour faire disparaître ce cortège effrayant de symptômes.

Délivrée de cette crise, à force de précautions et de soins la santé débile de notre malade se soutint, les symptômes pectoraux se dissipèrent, au grand étonnement des médecins, mais la douleur du côté gauche de la poitrine persista, et devint par son exaspération le signal de toutes les congestions qui survinrent dans la suite. Plus tard à ce point douloureux s'ajouta une nouvelle douleur lancinante profonde dans l'hypocondre gauche, s'exaspérant par la pression à l'aide de laquelle on peut suivre en pressant sur les fausses côtes gauches la douleur jusqu'au point de la poitrine primitivement lésé, et constater ainsi la communication.

Bientôt elle s'aperçut qu'il existait entre le point douloureux de la poitrine et le cerveau une telle corrélation que la pression entre la 5e et 6e côte était suivie d'une congestion très vive au cerveau donnant lieu à tous les symptômes que nous avons notés précédemment.

En 1833 je fus témoin d'une de ces crises déterminée par une pression violente qu'elle exerça sur le point douloureux.

Lorsque je la vis, les pommettes étaient chaudes et rouges, les couleurs plus vives de sa face semblaient répandre un air de santé qu'elle ne présentait pas d'ordinaire; le pouls était fréquent et tendu, la bouche sèche, la soif vive, les fonctions de l'estomac entièrement suspendues, l'eau sucrée seule peut être supportée, la limonade irrite les papilles nerveuses trop sensibles de son estomac et lui fait éprouver des douleurs intolérables, les mucilagineux pèsent sur l'estomac; la difficulté de s'exprimer était extrême et les membres supérieurs et inférieurs du côté droit engourdis et sans force; elle indique de la main gauche la partie postérieure de la tête comme le siége d'une douleur vive et continue.

10 sangsues appliquées sur les apophyses mastoïdes; un sinapisme sur le cou fit disparaître en quelque temps toutes les traces de congestion vers la tête, mais les digestions restèrent encore long temps imparfaites et le pouls conserva de la fréquence. Depuis j'ai assisté à plusieurs crises qui ont constamment cédé au même traitement.

J'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt de placer à côté de l'histoire de cette maladie l'opinion de M. Husson, etc., sur la nature de cette affection; c'est pourquoi j'ai transcrit la consultation tout au long.

Consultation de M. Husson.

« Après avoir entendu et attentivement examiné l'état de mademoiselle Dam***, le conseil soussigné a pensé que la maladie dont elle est affectée consiste uniquement en une *névrose* d'un des filets de la 8e paire de nerfs ou d'un des nerfs intercostaux, laquelle névrose, par suite d'une disposition native ou acquise de l'encéphale, a violemment retenti sur le centre des sensations et a donné naissance à tous les phénomènes morbides qu'on observe chez cette malade, toutes les fois qu'un agent quelconque vient à exaspérer la douleur qui siége dans l'espace intercostal de la 5e et 6e côte du côté gauche.

Cette opinion des consultans est fondée :

1° Sur l'intégrité des organes et des fonctions de la respiration et de la circulation.

2° Sur l'excessive sensibilité de la malade.

3° Sur la nature même de la cause qui a provoqué la maladie.

4° Sur ce que la douleur du côté gauche, qui est permanente, précéda au moins de deux ans le dérangement des fonctions cérébrales.

5° Sur ce que, d'après l'aveu même de la malade, la première congestion encéphalique comme toutes celles qu'elle a éprouvées depuis, fut évidemment provoquée par l'exaspération de cette même douleur.

6° Sur ce que le mal de tête et autres symptômes de congestion cérébrale sont peu sensibles, quand la douleur du côté est elle-même modérée, et s'exaspèrent au contraire lorsque, sous l'influence des excitans soit physiques soit moraux, cette même douleur de côté vient à augmenter.

7° Enfin sur la facilité avec laquelle on peut exaspérer cette douleur par la simple pression d'un point très circonscrit du thorax, et faire naître pour ainsi dire à volonté tout cet appareil alarmant de phénomènes nerveux, qu'on observe chez cette malade pendant ses accès, ce qui décèle d'une manière évidente et la corrélation intime qui existe entre le point malade et le cerveau, et la part exagérée que celui-ci prend aux souffrances de cette partie. D'après cette opinion, le cerveau n'étant malade que par suite de la répétition réitérée des impressions pénibles qu'elle a reçues du côté souffrant, mais cette affection secondaire n'étant pas arrivée à un degré d'intensité tel qu'elle réclame une attention particulière, le conseil a pensé qu'il convient de l'oublier pour un moment, pour ne s'occuper que du côté exclusivement : à cet effet il propose :

1° De supprimer le cautère du bras.

2° D'appliquer le cautère actuel et le moxa sur le point douloureux des parois de la poi-

trine et à la chute de l'escarrhe, de convertir cette place en un nouveau cautère.

3° De supprimer le séton quand le cautère du côté sera en pleine suppuration.

4° De se servir de ce nouveau cautère pour introduire tous les jours dans la circulation un quart de grain, un demi-grain, un grain même de morphine en nature.

Les consultans pensent que l'action du feu, en changeant la sensibilité du point douloureux des parois de la poitrine, intervertira la marche ordinaire de la maladie, qu'elle détruira l'étroite sympathie qui existe entre ce point malade et le cerveau, et partant tous les accidens qui résultent de cette affection secondaire. Ce résultat sera d'autant plus certain que le moyen proposé sera secondé par un bon régime : la promenade, la distraction et l'usage fréquent des bains et des affusions d'eau froide sur la tête, à la température de vingt-quatre degrés. »

Ce traitement, qui a été suivi avec assez d'exactitude, n'a produit aucun résultat avantageux. — Cependant, se fondant sur la facilité des congestions cérébrales, le médecin ordinaire crut devoir exclure l'introduction de la morphine.

Nous trouverons chez cette malade un exemple frappant de cette susceptibilité des organes à s'irriter sous l'influence de causes en apparence très légères. Ainsi des médicamens ordinairement très innocens, la camomille, l'arnica, le thé à très faible dose, donnent lieu à des douleurs atroces dans l'estomac ; des vomissemens et des convulsions générales ; enfin les moindres vicissitudes dans l'atmosphère, les moindres écarts dans le régime, les moindres peines ou contrariétés morales, les moindres fatigues physiques ou intellectuelles, suscitent des troubles extraordinaires dans les fonctions de l'organisme.

Elle essaya les bains, mais les accidens qui suivirent leur usage la forcèrent d'y renoncer entièrement : peu après son entrée dans le bain, elle éprouvait un engourdissement général, un assoupissement profond, et une douleur de côté très vive.

Il y a un an qu'étant allée en Belgique voir sa sœur, épouse de M. le ministre de la guerre, les plaisirs et les fatigues de la cour ne tardèrent pas à développer ses accidens habituels. Le médecin du roi consulté, outre des sangsues aux tempes et des sinapismes aux jambes, ordonna l'application de la glace sur la tête ; mais il y avait à peine quelques minutes que la glace était appliquée, qu'elle pâlit, tombe en syncope, et si on n'avait enlevé la glace, quelques minutes plus tard, elle n'existait plus.

Cette maladie nous a offert tous les symptômes de la phthisie : fièvre, redoublement vers le soir, toux sèche, crachement de sang, coloration rouge circonscrite des pommettes, douleurs brûlantes dans toute l'étendue de la poitrine. Cependant la percussion et l'auscultation pratiquées par des médecins distingués de Paris ne nous laissent aucun doute sur l'intégrité des organes thoraciques.

Cette phthisie pourrait bien être distinguée sous le nom de *phthisie nerveuse*.

Les troubles remarqués dans l'innervation chez cette demoiselle me paraissent, avec M. Husson, pouvoir très bien se rattacher à la lésion d'une branche du nerf pneumogastrique, lésion qui expliquerait très bien et les mouvemens désordonnés du cœur et les douleurs pulmonaires et stomacales, et la perte de la voix, et les congestions à la partie postérieure de la tête.

Ve Observation. — 4e Variété de l'hyperémie. — *Perte instantanée de connaissance ; mouvemens convulsifs épileptiformes ; mort du sujet ; autopsie ; injection vive des méninges et des hémisphères cérébraux.*

Veber, soldat du génie, d'une forte constitution, est transporté à l'hôpital de Metz sur les onze heures du soir. Il était sans connaissance, la pupille dilatée, insensible même à la lumière vive ; la face était bleuâtre, les lèvres pâles ; gêne dans la respiration ; précipitation dans les mouvemens du cœur. — Saignée du bras de douze à quatorze onces. Plus tard, le chirurgien de garde essaya de faire une nouvelle saignée, mais à peine avait-on tiré dix onces de sang que des contractions spasmodiques se manifestent dans le bras ; elles sont bientôt suivies de convulsions générales. On lui met le corset de force.

A la visite du matin, premier jour, on nous dit que ces crises convulsives s'étaient répétées plusieurs fois dans la nuit : ses lèvres sont toujours pâles et bleuâtres ; une teinte ictérique est répandue sur tout son corps ; sa langue est aussi bleuâtre ; son air est hébété ; ses yeux sont abattus ; l'ensemble de ses traits est celui d'un épileptique après un accès violent.

Sinapismes aux mollets qu'on remplace par des cataplasmes chauds. Toute la journée et toute la nuit il fut agité tour à tour par des mouvemens convulsifs, auxquels succédait l'accablement.

A la visite du matin, deuxième jour depuis son entrée, on fit appliquer des vésicatoires aux mollets, des cataplasmes chauds aux pieds. — Diète.

Il parut mieux jusque vers huit heures du soir ; deux ou trois accès épileptiformes s'étaient manifestés dans la journée à de longs intervalles. On nous dit qu'il avait délire.

A quatre heures du soir du même jour, quand je le vis, sa physionomie portait encore l'empreinte d'une atteinte profonde ; ses yeux étaient cernés, ses réponses brèves, et son air toujours hébété.

Les vésicatoires des jambes étaient dépansés et recouverts d'une croûte sèche.

A neuf heures du soir, il fut repris de mouvemens convulsifs, et expira à une heure du matin.

Autopsie. — *Crâne.* Les sinus de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir et épais ; la pie-mère est très injectée ; la pulpe cérébrale est gorgée de sang ; coupée par tranches, on voit s'écouler un grand nombre de gouttelettes sanguinolentes dont sa surface est criblée.

Les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité.

L'estomac présente, vers le grand cul-de-sac et le long de la grande courbure, une large pla-

que ardoisée qui nous parut une phlegmasie chronique. Près de l'orifice on rencontre quelques légères caries rougeâtres. — Les intestins n'ont pas été examinés. Le foie est sain.

Réflexions. — Quoique atteint de gastrite chronique, nous ne doutons nullement que cet individu n'ait succombé à une lésion des centres nerveux que nos moyens d'investigation ne nous ont pas permis de saisir, et dont l'essence, qui paraît avoir certaine analogie avec celle qui produit certains *accès épileptiques*, sera peut-être encore long-temps inconnue.

J'ai rapproché ces deux états : épilepsie, hyperémie, persuadé que de simples comparaisons conduisent souvent à des connaissances nouvelles, et parce qu'il m'a paru qu'établir un parallèle entre les actes qui se passent dans ces deux états eut été intéressant. Faudra-t-il placer dans la teinte ardoisée que nous offrit la muqueuse gastrite la seule cause des accidens nerveux qui se sont succédé avec une violence et une rapidité effrayante?

Mais souvent nous avons rencontré pareille altération de la muqueuse gastrite sans symptômes analogues ; il faut donc admettre une idiosyncrasie particulière, une cause prédisposante spéciale à devenir le siége de l'hyperémie, cause mystérieuse qui échappe à une profonde appréciation, et que nous ne pouvons connaître faute de données suffisantes. Ainsi, dans ces idiosyncrasies, la moindre cause, quel que soit son point de départ, gastrique, intestinal ou intellectuel, peut devenir le signal d'une exaltation insolite du système nerveux, et l'on a vu chez ces individus l'application seule d'un séton être suivie d'un tétanos mortel.

Avant de terminer, je ferai remarquer qu'un grand nombre de médecins auraient rangé cette forme d'hyperémie parmi les méningites ; quant à moi, il faut l'avouer, je ne vois rien qui m'autorise à placer le siége de l'altération plutôt dans les méninges que dans la substance nerveuse elle-même, puisque l'autopsie nous a montré l'un et l'autre de ces organes également injecté.

Je vais rapporter un second cas d'hyperémie simulant la méningite aiguë, et qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des altérations cadavériques.

L'observation suivante a été recueillie récemment dans le service de M. Tourdes, aide-major à l'hôpital d'instruction de Metz.

VIe Observation. — *Vomissemens tout-à-coup; mouvemens convulsifs; mort. — Autopsie; injections des méninges et de la pulpe nerveuse.*

Un militaire était entré à l'hôpital pour se faire traiter d'un bubon à l'aîne droite. Il y avait déjà plusieurs jours qu'il était à l'hôpital, et son bubon ne faisait aucun progrès vers la résolution, malgré des applications réitérées de sangsues et des cataplasmes.

La nuit du 15, il eut quelques vomissemens. A la visite du matin, on s'aperçut qu'il était plus assoupi que de coutume : sa physionomie est très altérée ; ses réponses sont incohérentes ; le pouls est lent ; la langue est couverte d'un enduit muqueux. On ordonne vingt sangsues sur l'épigastre.

La visite venait à peine d'être terminée qu'il s'asseoit sur son lit, fixe un malade placé en face de lui, puis est pris tout-à-coup de mouvemens convulsifs épileptiformes qui se prolongent jusque vers dix heures ; puis, à cette heure, il parut mieux, et s'assoupit. De nouvelles convulsions se manifestent à une heure, et il meurt dans la nuit au milieu d'un accès.

C'est en vain qu'on appliqua des sinapismes aux mollets et sur l'épigastre.

Autopsie. — L'estomac nous présente une teinte ardoisée dans une grande étendue de sa muqueuse, qui est la trace évidente d'une phlegmasie chronique de ce viscère.

Les poumons sont fort gorgés d'un sang noir ; le foie et la rate sont sains.

Crâne. — Les méninges sont très injectées ; — les hémisphères sont pointillées, et des gouttelettes sanguines s'échappent de la pulpe nerveuse divisée ; les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité.

Réflexions. — Voilà un second exemple de cette variété d'hyperémie qui nous semble remarquable par l'intensité subite des symptômes et sa terminaison si rapidement funeste. Comme dans l'observation précédente, nous ne trouvons pas, pour expliquer les troubles nerveux, d'autre altération qu'une injection vive de tous les vaisseaux de l'encéphale.

On pourra se demander comment une altération aussi grave de l'estomac, qui certes n'a pu être l'œuvre de quelques jours, a pu se concilier avec une santé florissante et avec l'absence de toute espèce de symptômes morbides extérieurs. Dans les deux observations d'hyperémie que nous venons de rapporter, le signal est parti de la muqueuse gastrique, et l'encéphale, à raison de sa disposition spéciale à l'hyperémie, a manifesté la part exagérée qu'il prenait à l'état de l'estomac. Dans d'autres observations, nous verrons l'irritation irradier des voies intestinales vers le système nerveux rachidien. Ainsi la présence seule d'un tænia dans l'intestin grêle donnera naissance à des troubles qui pourront pendant long-temps faire croire à l'existence d'une myélite.

J'ai cru, avant d'abandonner cette observation, qu'il serait curieux de rapprocher ce fait d'un cas analogue rapporté par M. Andral :

« Un malade affecté de bubon obtient la ré-
« solution de sa tumeur ; mais aussitôt après il
« est pris d'accès d'épilepsie ; un vésicatoire
« appliqué dans l'aîne fait reparaître le bubon,
« et le malade est guéri de son épilepsie. » Ici, si on eût appliqué le vésicatoire, aurait-on obtenu la guérison?

Avant de terminer ce qui a trait aux hyperémies, je vais rapporter encore un fait qui prouvera qu'une simple hyperémie peut frapper plus promptement de mort qu'une *véritable hémorragie* cérébrale.

VIIe Observation. — A l'hôpital militaire de Sédan on reçoit, dans la soirée, un soldat ne se plaignant que d'un léger mal de gorge. On jugea le cas si peu grave qu'on crut devoir remettre au lendemain l'application de quelques sangsues.

Depuis quelques heures, il était assis près d'un poêle très chaud, lorsque tout-à-coup il se plaint d'une gêne de la respiration; il veut se diriger vers son lit, il n'en a pas le temps; il tombe sur le plancher. C'est en vain qu'on lui porta tous les secours que réclamait son état; il n'était plus.

L'autopsie faite par l'aide-major, M. Bauvieux, ne nous montra qu'une injection très vive et générale de tous les vaisseaux de l'encéphale; la muqueuse pharyngienne était vivement injectée; tous les autres organes étaient sains.

Il faudra donc, après avoir médité sur tous ces faits, reconnaître que l'appareil nerveux cérébral peut être profondément altéré dans sa vitalité, sans pour cela devenir le siége d'aucune lésion matérielle.

Traitement. — Les divers symptômes fournis par les observations précédentes peuvent se ranger autour de deux faits principaux, distincts en eux-mêmes, quoique toujours réunis. Ces deux faits sont : 1° le *trouble nerveux* dévoilé par les désordres intellectuels, moteurs et sensitifs; 2° dirigé par l'impulsion de sa puissance nerveuse, le *mouvement fluxionnaire* qui amasse, qui accumule le sang vers la tête, et qui est caractérisé par les vives pulsations des carotides et temporales, et le plus souvent encore par une face animée, des yeux rouges, et toujours à l'autopsie par une vive injection des vaisseaux de l'encéphale.

Qui pourrait se refuser de reconnaître, à ces derniers traits, un transport de sang vers les organes encéphaliques?

Il résulte de cette analyse deux élémens, le *trouble nerveux* et l'*état fluxionnaire* consécutif; mais telle est la succession de ces deux élémens, que la fluxion suit avec la rapidité de l'éclair le trouble nerveux, de sorte que deux motifs d'indication bien distincts se présentent simultanément à remplir :

1° La déplétion des vaisseaux de l'encéphale;

2° La dérivation des forces vitales sur le système dermoïde et les extrémités, et en même temps l'emploi des moyens propres à faire cesser ou à ralentir le spasme qui se trouve fixé sur le cerveau. Mais l'imminence du danger dans la plupart des cas est telle que ces deux moyens doivent être exécutés à la fois, et non successivement.

Ainsi, lorsque le péril se fait sentir, on doit apporter de prompts secours et attaquer simultanément et directement, par des moyens énergiques, chacun de ces élémens. — Le péril, d'ailleurs, se mesure aux troubles nerveux, moteurs, sensitifs et intellectuels, et aux circonstances particulières où se trouve le malade. Les saignées, les sangsues, voilà pour l'élément vasculaire; les révulsifs, tels que sinapismes, vésicatoires, les antispasmodiques, frictions avec le camphre, le laudanum, et à l'intérieur l'eau de tilleul, de fleurs d'oranger, auxquels on associera les lavemens avec le camphre, le musc, voilà pour l'élément nerveux.

Si le sujet est jeune et vigoureux, il ne faudra pas craindre d'administrer la saignée.

D'un autre côté, l'on doit être très réservé dans son emploi, si le sujet est faible, si ses forces ont été usées par une maladie antérieure, tel est le cas de notre observation *première*. — En effet, dans le fait que nous venons de citer, nous avions affaire à un sujet épuisé par d'abondantes émissions sanguines, par la diète. On ne doit donc pas s'étonner de la complète inefficacité des émissions sanguines chez un pareil sujet; il m'a paru même que celles-ci, en faisant prédominer le système nerveux, avaient augmenté tous les troubles. Dans l'observation *deuxième*, au contraire, on n'avait plus à combattre qu'un des élémens dont se compose la maladie, c'est-à-dire l'*état fluxionnaire*, déjà le trouble nerveux n'existait plus; aussi, dans ce cas, nous voyons bientôt tout rentrer dans l'ordre sous l'influence des seules émissions sanguines.

Je le répète, dans la plupart des cas, les moyens que nous avons indiqués doivent marcher ensemble, et non successivement; et l'on ne saurait résister, je pense, à la conviction offerte par l'observation quatrième. Chez la demoiselle qui fait le sujet de cette observation, les émissions sanguines seules sont impuissantes, et n'ont de succès qu'autant qu'elles sont combinées avec les révulsifs, et on le conçoit facilement, puisqu'elles ne s'attaquent qu'à un des élémens dont nous avons vu qu'était constituée l'hyperémie; tandis que les sinapismes qui jouissent de la double propriété révulsive et antifluxionnaire ont souvent été employés avec succès. Il est donc des cas où ce moyen seul peut suffire pour remplir les deux indications à la fois, et ces cas sont ceux où le malade joint à une grande mobilité nerveuse une constitution frêle et délicate, qui s'oppose aux émissions sanguines, ou lorsque les forces ont été usées par des maladies antérieures. Dans ces circonstances, la faiblesse excluant les évacuations sanguines, on ne conservera du premier traitement que les révulsifs et quelques antispasmodiques. Dans les deux autres observations, la violence, la rapidité avec laquelle se sont succédé les accidens nerveux, l'état de la muqueuse gastrique et la promptitude de la mort n'ont pas laissé assez de prise à la médication pour qu'on puisse en tirer quelque conséquence juste.

HASPEL.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II. MÉMOIRE SUR LA CONTAGION EN GÉNÉRAL ET SUR L'INFECTION MIASMATIQUE EN PARTICULIER. (Suite.)

III.

Lois de l'infection et de la désinfection miasmatique.

Les physiciens ont donné le nom de lois à tous les phénomènes constans qui résultent ou qui découlent naturellement de la connaissance d'un principe reconnu et établi par

le concours d'un grand nombre de faits ou par des démonstrations mathématiques. Certes, si cette manière de traiter une science a de grands avantages pour l'éclairer, il n'est point de question qui réclame plus fortement cette marche didactique, que la contagion, jusqu'ici enveloppée de tant de mystères, de tant d'obscurité, et par suite, de tant de controverses. Je suppose donc ma théorie admise dès à présent, par les médecins les plus éclairés; je suppose, en un mot, qu'elle est reconnue comme une vérité incontestable et démontrée, savoir : que la contagion résulte bien réellement d'un dégagement de germes pestilentiels, reproducteurs de l'affection dont est atteint et travaillé un malade, et que ces germes ou embryons moléculaires s'échappent du lieu de leur naissance, à la faveur de l'eau en vapeur qui constitue la matière de la transpiration insensible et qui les tient en dissolution. Voici les phénomènes qui doivent résulter naturellement de ce fait fondamental, et ces phénomènes, comme on va le voir, sont entièrement concordans, ou plutôt identiques avec ceux que nous révèle l'observation.

30. *Première loi.* La contagion miasmatique est d'autant plus active que le malade est enfermé dans un appartement plus étroit, dépourvu de cheminée, parce qu'alors l'espace est bientôt saturé des miasmes qu'il dégage.

Seconde loi. Elle exerce beaucoup moins sa puissance, lorsque l'appartement qu'occupe le malade est vaste, aéré, et de plus, muni d'une cheminée, surtout lorsqu'on y fait du feu, parce qu'alors la cheminée faisant l'office de ventilateur à courant d'air, la plus grande partie des miasmes délétères s'échappent avec l'air de l'appartement par le tirage de la cheminée, ce qui doit naturellement en diminuer la quantité, et cela d'une manière d'autant plus prononcée que l'on renouvellera plus souvent l'air de la chambre, en ouvrant les croisées. Les chances de la contagion sont alors beaucoup plus incertaines et aussi plus rares, parce qu'il faut, dans ce cas, de toute nécessité, que l'individu sain se trouve directement sous l'influence du miasme au moment où il se dégage du malade, ou bien lorsqu'il s'échappe par le courant qui l'entraîne. Aussi voit-on, en effet, que dans le plus grand nombre des cas de cette espèce la contagion est nulle.

Troisième loi. Dans les appartemens occupés par un grand nombre d'individus, qui habitent et surtout couchent dans le même local, où portes et croisées sont hermétiquement fermées, la présence d'un seul malade a bientôt infecté tous les autres, à cause de la saturation complète de l'espace occupé par les vapeurs miasmatiques qui s'élèvent du corps malade promiscuïment avec les halitus de ceux qui sont en santé, et c'est pourquoi toutes les familles des classes pauvres de la société sont si cruellement dépeuplées par toutes les maladies contagieuses.

Quatrième loi. Les réunions nombreuses d'hommes dans des pièces communes, comme les assemblées dans les temples et dans les salles de spectacle, favorisent singulièrement la contagion, car il suffit alors qu'un seul individu recèle dans ses vêtemens des germes contagieux qui se dilatent par la chaleur et se volatilisent avec l'humidité, pour qu'un grand nombre d'individus en soient infectés, et c'est pourquoi, sans doute, les anciens hygiénistes ne manquaient pas de faire proscrire toutes sortes d'assemblées durant l'existence d'une épidémie contagieuse, et c'est pourquoi aussi, vraisemblablement, c'était les lundis et les mardis de chaque semaine qu'éclatait, à Paris, le plus grand nombre des nouveaux cas de choléra, par suite de réunions nombreuses dans la journée du dimanche, circonstance remarquable que les anti-contagionistes attribuaient mal à propos à des écarts de régime ou à des excès d'intempérance.

Cinquième loi. Toutes les maladies contagieuses, quelle que soit leur origine, naissent dans l'humidité. Le typhus des armées, des prisons, des vaisseaux, qui ne reconnaît pour cause primitive que l'entassement ou l'encombrement de plusieurs maladies sporadiques ou épidémiques graves, dans des pièces peu spacieuses et mal aérées : la peste, la fièvre jaune, et enfin le choléra de l'Inde, naissent aussi et se perpétuent dans l'humidité atmosphérique, occasionée par de grands versemens d'eau et le débordement des fleuves inter-tropicaux.

Sixième loi. La contagion exerce principalement ses ravages, avec férocité, dans les rues étroites, mesquines et humides des villes populeuses, parce qu'alors les miasmes qui s'échappent par les portes et par les fenêtres participant bientôt à la nullité de la tension de la vapeur atmosphérique, subissent la même loi, c'est-à-dire s'abattent avec elle sur tous les corps qu'ils rencontrent, sans épargner les passans, et voilà comment, dans certains cas, une maladie, purement contagieuse dans le principe, peut prendre la forme épidémique, lorsqu'on laisse ainsi s'agrandir le foyer de la contagion, et voilà pourquoi aussi, des individus qui ne s'étaient nullement exposés ou qui ne s'exposent pas à la contagion, peuvent néanmoins en être atteints par le seul contact de l'air atmosphérique, circonstance si susceptible de faire révoquer en doute l'existence de la contagion.

Septième loi. Si on en excepte le typhus et la rougeole, toutes les maladies contagieuses qui désolent l'Europe nous sont venues par les provenances maritimes, et c'est ainsi qu'elles continuent à voyager dans toutes les latitudes du globe, sur des bâtimens marins, où, une fois importées, elles sont entretenues par l'humidité de la mer et celle des entreponts. (L'importation récente du choléra à New-York et dans le Canada.)

Huitième loi. Dans tous les lieux où il existe habituellement une grande humidité dans l'atmosphère, à cause des surfaces évaporables qui s'y rencontrent, tels que le littoral de la mer; celui des rivières, le voisinage des étangs et des marais, des villes où les rues sont étroites et mal percées, la contagion jouit d'une plus grande et plus meurtrière activité que dans les lieux secs bien aérés et qui se trouvent dans des conditions contraires; et c'est pourquoi

presque toutes les maladies contagieuses perdent singulièrement de leur force dans l'intérieur des continens, où elles finissent enfin, au bout d'un certain temps, par s'anéantir en perdant ce caractère. Cette circonstance est surtout remarquable pour la fièvre jaune qui n'a pu encore s'établir loin des rives de la mer.

Neuvième loi. Les assainissemens modernes du savant et philanthrope M. d'Arcet, savoir : les ventilateurs à courant d'air et à cheminée d'appel, doivent diminuer et diminuent en effet singulièrement les chances de la contagion, et c'est sans doute à cette ingénieuse invention qu'on est redevable du peu d'activité qu'a exercée la contagion du choléra dans les salles des hôpitaux de Paris.

Dixième loi. Un air sec et chaud, surtout quand il se renouvelle, est peu favorable, pour ne pas dire impropre à la contagion, parce qu'alors les miasmes qui se dégagent du malade, jouissant d'une grande tension, se dissipent instantanément dans l'atmosphère, sans s'arrêter sur aucun objet, leur force de tension l'emportant sur l'affinité des corps pour leur eau de dissolution.

Onzième loi. Un froid sec est également peu propre à la communication de la contagion miasmatique, parce que, dans ce cas, les miasmes se condensant à leur naissance autour du malade, ne peuvent plus souiller que ceux qui les touchent immédiatement, et seulement lorsque ces miasmes sont à l'état de gaz naissant. Mais l'air atmosphérique a beau être sec dans la partie extérieure aux appartemens, il peut être très chargé de vapeur dans la partie qui remplit les habitations, surtout celles qui sont chauffées et occupées par un grand nombre d'individus ; et, dans ce cas, les habitations sont éminemment favorables à l'exercice de la contagion.

Douzième loi. La contagion miasmatique peut s'exercer directement ou même indirectement, c'est-à-dire médiatement ou immédiatement ; le premier cas a lieu lorsque l'individu exposé de sa personne à un foyer contagieux, contracte directement la maladie par l'absorption des miasmes qui y sont répandus. Tel est le mode le plus fréquent de la contagion ou de l'infection parmi les classes inférieures de la société. Le second cas est celui où la contagion se communique par le rapprochement ou le contact de certains corps qui sont eux-mêmes contaminés, et c'est ainsi que l'infection se communique le plus souvent aux individus des classes élevées de la société. Or, il est aussi remarquable qu'incontestable que les seuls intermédiaires susceptibles de s'emparer, de recéler et de transmettre la contagion sont tous les corps hygrométriques exclusivement, tels que les substances végétales et animales qui se mouillent ou se pénètrent d'humidité, ou se dessèchent suivant que le milieu dans lequel elles se trouvent est sec ou humide, c'est-à-dire suivant que la vapeur aqueuse atmosphérique a une tension moindre ou plus forte que ne l'est l'affinité de ces corps pour passer à l'état liquide ; et c'est ainsi que la contagion est transportée à de grandes distances de son foyer, dans des étoffes, des marchandises de toute espèce, dont la composition ou la matière première est tirée du règne végétal ou animal.

Les miasmes condensés sur ces corps qui, jusque-là, n'ont pu se débarrasser de leur humidité, soit à cause des enveloppes qui les privent du contact de l'air, soit parce que ce fluide élastique est lui-même saturé de vapeurs aqueuses ; ces miasmes, dis-je, ne tardent pas à se dilater sous forme de vapeur, dès qu'ils se trouvent placés dans un appartement dont la température est plus élevée que celle qui leur était habituelle, et en cet état, ils s'accrochent, si leur tension est insuffisante pour les dissiper dans l'atmosphère, à tous les corps vivans ou objets hygrométriques qu'ils rencontrent. Telle est sans contredit la manière la plus fréquente dont ont lieu ces importations si mystérieuses, pourtant si contestées ou révoquées en doute, à des distances quelquefois considérables ; et telle est aussi la cause qui entretient les germes de la contagion des maladies exotiques, soit celles naturalisées en Europe, et qui désolent si fréquemment nos populations. En effet, des hardes contaminées par une maladie contagieuse, telle que la petite vérole ou le typhus, ayant été enfermées pendant une saison entière, sont ensuite employées de nouveau pour la saison à laquelle elles conviennent ; on ne tarde pas alors à voir paraître des maladies graves, résultat de cette pratique, et dont on recherche la cause extraordinaire dans des circonstances qui y sont tout-à-fait étrangères, comme, par exemple, dans les objets qui constituent la matière de l'hygiène.

31. Si, actuellement que nous avons exposé les lois de la contagion miasmatique, telles que nous les ont révélées l'observation et les lumières de la physique, nous passons aux phénomènes de la désinfection miasmatique, nous serons encore frappés de leur concordance et de leur coïncidence avec ces mêmes lois ; ainsi : 1° le plus ancien de tous les moyens de désinfection, celui inspiré au père de la médecine, dans la peste d'Athènes, et qui consistait à allumer de grands feux dans toutes les rues de cette ville populeuse, nous fournit une première lumière sur la nature humide de la contagion, que ce grand homme (dont on peut dire qu'il a presque tout deviné ce qu'il ne connaissait pas) avait pressentie.

2° Le second moyen usité successivement par suite des leçons de l'expérience et de l'observation, et qui consiste dans l'isolement et la séquestration des malades, démontre également que les Anciens avaient très bien présumé que le principe contagieux n'existait pas seulement dans le contact des malades, ou des effets à leur usage, mais encore dans l'atmosphère qui les environne ; de là ces précautions, ces mesures sanitaires si rigoureuses, usitées dès le principe de la création des lazarets ; de là aussi cette sévérité des mesures préventives exercées par les cordons sanitaires. Ce code pénal si terrible qu'on y exécute et qui paraîtrait l'ouvrage de la barbarie et de la cruauté, s'il n'était le fruit d'une profonde sagesse et d'une inexorable nécessité.

3° Tous les moyens désinfectans employés progressivement pour assainir les appartemens occupés par les malades et implicitement les

objets servant à leur usage, quoique l'ouvrag d'un empirisme aveugle, se confiant au hasard ne prouvent pas moins qu'on a cru à la contagion et à l'infection miasmatique, bien qu'on n'ait pas pu en découvrir la cause. C'est ainsi qu'on a eu d'abord recours aux fumigations des plantes et substances aromatiques, dans l'espoir de détruire ainsi les atomes pestilentiels dont on croyait que le venin existait dans les odeurs fétides; que par la même raison on a fait usage du vinaigre, employé soit en lotions, soit en fumigation; puis de la combustion de la poudre à canon; enfin, qu'on a employé en fumigation le chlore et le gaz nitrique, et cela, pour ces derniers, dans la seule espérance de s'emparer par des affinités chimiques hypothétiques des élémens du principe miasmatique qui est resté jusqu'ici inconnu dans sa nature. Eh bien! cependant tous ces derniers moyens, savoir: le vinaigre ou l'acide acétique, la combustion de la poudre à canon, les fumigations de chlore et d'acide nitrique, bien analysés dans leurs actes, déposent unanimement qu'ils ont un mode d'action identique, savoir: de purger l'air atmosphérique de l'humidité hygrométrique qui peut s'y rencontrer.

En effet, le vinaigre ou l'acide acétique, lorsqu'il est très concentré, et il faut qu'il le soit pour avoir une action désinfectante, a la plus grande affinité pour l'eau dans laquelle il semble avoir besoin de s'étendre davantage.

La vapeur de la poudre brûlée étant principalement composée de gaz sulfureux et nitrique, a également une très grande force hygrométrique, comme le prouvent les explosions des armes à feu dans une atmosphère humide et les feux d'artifice que l'on brûle quelquefois dans les salles de spectacle (où il y a une grande réunion d'hommes) qui donnent lieu à une vapeur épaisse et long-temps permanente, circonstance qui n'a pas lieu lorsque ces actes se passent dans un air sec.

Les gaz nitrique et hydrochlorique ont une telle affinité pour l'eau hygrométrique de l'atmosphère, que lorsqu'ils sont dégagés dans un appartement saturé d'humidité vaporeuse, ils se convertissent aussitôt en une vapeur blanche très épaisse, qui finit ensuite par ne plus avoir lieu, et cela arrive lorsqu'il n'existe plus dans l'atmosphère que la vapeur aqueuse qui jouit d'une plus grande force de tension pour résister à leur énergique affinité; tous ces phénomènes sont tellement frappans, qu'ainsi que je l'ai dit, ils m'ont mis seuls sur la voie de reconnaître la nature de la contagion.

Quant au chlore seul, ainsi que je l'ai encore observé dans mon ouvrage sur la contagion du choléra, il me paraît jouir très peu de la propriété désinfectante qu'on lui a si mal à propos attribuée, lorsqu'on supposait que la base des miasmes était de l'hydrogène; et celle dont il jouit est certainement due à son affinité pour l'eau, qui, toutefois, est infiniment inférieure à celle des gaz nitrique et hydrochlorique: il est possible pourtant que cette propriété désinfectante soit augmentée par la circonstance qu'il commencerait d'abord à passer à l'état de gaz hydrochlorique. Dans tous les cas, il possède le *terrible* inconvénient de ne pouvoir être dégagé sans danger ou du moins sans de fâcheux accidens dans des appartemens habités.

Il en est de même des chlorures de sodium et de calcium, surtout employés à l'état sec, car ils jouissent d'une propriété déliquescente qui, seule, suffit pour faire leur force désinfectante, laquelle, comme on voit, n'est pas due à la propriété qu'a le chlore de se combiner avec l'hydrogène des miasmes, d'après la supposition gratuite qu'on a faite des élémens de leur composition; ils présentent d'ailleurs le même inconvénient que le chlore seul; les malades ne peuvent supporter leur émanation offensive qui résulte du lent dégagement du chlore à l'état gazeux.

4° L'usage ou la coutume suivie dans les lazarets, et qui consiste à exposer les marchandises à l'air libre pour les désinfecter, ce qu'on nomme sereine, parce qu'on croit que le serein de la nuit exerce une action puissante sur cette désinfection, a pour résultat unique d'opérer la dessication de ces marchandises, soit par la chaleur solaire, soit par le souffle des vents secs, et par conséquent d'entraîner ainsi les miasmes en les convertissant en vapeurs, qui, par leur tension native, se dissipent aussitôt dans la masse atmosphérique.

Ainsi donc, tous les désinfectans possibles, y compris les grands feux extérieurs, sans en excepter ceux de cheminée, les ventilateurs à courant d'air, agissent de la même manière, savoir: en déplaçant et en renouvelant l'air infecté des appartemens, et les autres en les purgeant de leur humidité hygrométrique qui sert de véhicule aux germes contagieux, d'où l'on voit que l'on peut ajouter à tous les moyens désinfectans déjà connus, beaucoup d'autres jusqu'ici inutilés, et que l'expérience pourra faire connaître; il suffira de les choisir parmi les substances qui ont une grande affinité pour l'humidité hygrométrique de l'air; tels sont: l'acide sulfurique glacial, la potasse caustique ou sous-carbonatée, l'hydrochlorate de chaux (chlorure de calcium), et enfin, la chaux vive elle-même, qui, comme on sait, jouit de la propriété de s'éteindre à l'air pour passer à l'état d'hydrate, au moyen de la vapeur hygrométrique de l'atmosphère.

Mais, ainsi que je l'ai dit dans mon *Traité du choléra*, et que je ne saurais trop le répéter dans ce mémoire spécial sur la contagion, tous les désinfectans solides et même liquides jouissent d'une action si bornée, que toute préférence, surtout dans les cas pressans, doit être accordée au gaz nitrique, qui, d'après ma propre expérience et les faits nombreux que j'ai rapportés dans mon livre, est le désinfectant le plus prompt, le plus puissant, le plus certain, en même temps le plus innocent pour la santé, que l'on connaisse jusqu'à ce jour, moyennant qu'on emploie les procédés que j'ai conseillés et sur lesquels il me paraît superflu de revenir.

32. Concluons de tout ce qui vient d'être exposé, qu'il n'est aucune vérité scientifique mieux démontrée et en même temps plus simple et plus lumineuse que celle de la théorie de la contagion qui vient d'être développée, puisqu'elle a, comme toutes les bonnes théories, l'avantage immense de rallier tous les faits et de les expliquer de la manière la plus claire,

brisant ainsi à jamais le mur qui sépare les contagionistes des anti-contagionistes, et ne laissant pas même subsister l'ombre du moindre doute sur les différens actes de cet agent jusqu'ici si mystérieusement délétère.

Je me flatte donc que les compagnies savantes auxquelles je viens soumettre ce travail, ne le traiteront pas avec indifférence et qu'elles l'examineront au contraire avec toute l'attention et l'intérêt que mérite une question aussi grave et aussi importante que celle de la contagion, que je crois avoir eu le bonheur de réduire à ses véritables élémens, savoir : à la simplicité d'une idée-mère, d'un principe clair et évident, dont tous les phénomènes observés ne sont que des conséquences nécessaires et naturelles. Or, c'est bien à ce caractère, si je ne me trompe, qu'on reconnaît le cachet de la vérité qui caractérise la solidité de toutes nos grandes découvertes scientifiques qui ont servi de fondemens aux doctrines théoriques.

Au surplus, l'ennemi est encore en présence et il est si facile de faire des essais pour confirmer ou infirmer ma doctrine (ce que je n'ai cessé de réclamer dès les premiers momens), que je ne saurais concevoir la crainte que, dans un procès aussi sérieux pour l'humanité tout entière, les juges éclairés, devant lesquels je plaide une aussi grave cause, me condamnent, sans avoir préalablement expérimenté mes moyens d'une manière authentique et officielle avec l'intervention du gouvernement, dont j'ai déjà en vain provoqué moi-même la sollicitude, en lui envoyant mon ouvrage sur la *Contagion du choléra*, dès le 7 juillet, aussitôt qu'il a été imprimé, et qui a répondu à ma demande en me renvoyant implicitement devant l'Académie royale de médecine, considérée par lui comme seul juge compétent de la matière. (*Voir* le post-scriptum de cet ouvrage.)

Il ne me reste plus maintenant qu'à dire deux mots sur la marche extensive du choléra, et prouver, de nouveau, par les phénomènes concomitans de cette marche, qu'il appartient bien vraiment à la famille des maladies contagieuses miasmatiques en général.

IV.

Progression du choléra dans les pays qu'il a ravagés.

Je ne redirai point ici tout ce que j'ai écrit, d'après le rapport des observations sur la progression du choléra, au milieu des populations qu'il a ravagées ou qu'il ravage, je me contenterai de le saisir à son débarquement à Sunderland, ensuite à son importation à Paris, pour démontrer que toujours il a ravagé et s'est étendu de son berceau ou de son foyer primitif sur les *ailes* de l'humidité atmosphérique, secondant l'humidité native vaporeuse de ses germes reproducteurs (1).

(1) La Provence vient en ce moment de nous en donner un fâcheux exemple. Le printemps n'y avait point été aussi humide que cette année depuis bien long-temps, ni l'été si orageux.

Progression du choléra dans les Iles Britanniques.

On sait que la première ville d'Angleterre, qui a été envahie par le choléra, a été Sunderland, port de mer ayant, par sa situation géographique, les plus grandes et les plus actives relations commerciales avec les villes du littoral de la Baltique, Cronstadt, Hambourg, etc., en ce temps-là ravagées par le fléau indien ; qu'il résulte même des documens recueillis par le professeur Delpech, que les boute-feux de l'incendie furent des lits de plumes achetés à vil prix à Cronstadt ou à Hambourg, par des matelots anglais, et cela *assurément parce qu'ils avaient servi a des cholériques*, ce qui, dans la traversée, avait donné la mort à plusieurs d'entre eux.

Or, veut-on avoir maintenant un itinéraire exact de cette cruelle maladie, dans les trois royaumes unis, on n'a qu'à prendre une carte géographique de ces pays, plus, les bulletins officiels rapportés dans les journaux, au sujet de l'extension du mal, et on sera frappé de la voir s'étendre successivement d'abord par le fleuve la Tyne et ses affluens dans toutes les villes et villages de l'Ecosse qu'il traverse, parvenir ainsi jusqu'à la Tamise, d'où on le voit ensuite remonter (de même que pour la Tyne) le long de tous les affluens de ce dernier fleuve, pour être enfin transportée, toujours à la faveur des rivières navigables et des canaux de communication, dans tous les comtés et jusques en Irlande, en n'épargnant qu'un petit nombre de contrées situées dans des lieux escarpés et éloignés de tous les cours d'eau, lesquelles encore n'ont été épargnées que parce que leurs habitans ont cru à la contagion et s'en sont par conséquent garantis par la cessation de leurs relations avec les pays infectés. Toutefois, il est très peu de villes industrieuses et commerçantes qui n'aient été en proie à la fureur du fléau. Cet itinéraire du choléra n'est-il pas une preuve incontestable que sa progression n'a pu avoir lieu autrement que par la contagion miasmatique, laquelle a été partout favorisée par l'humidité vaporeuse dont sont constamment imprégnées les couches d'air atmosphérique qui sont en contact avec des surfaces évaporables.

Mais ce qui est bien plus frappant et qui nous intéresse davantage, c'est la manière dont cette maladie a rayonné de Paris dans les lieux environnans jusqu'à de certaines distances, où elle s'est ensuite arrêtée tout court, à la grande surprise des non-contagionistes, dont le système sur la nature épidémique du choléra a dû éprouver un violent ébranlement par le fait de cette circonstance ; car, en effet, comment expliquer cette progression de la maladie d'un côté et son arrêt de l'autre, si le mal était engendré par une cause épidémique, soit tellurique, soit atmosphérique ? Il a fallu supposer, comme ils l'ont fait effectivement, une foule de bizarreries, soit du côté de l'agent morbigène, soit du côté des pays envahis ou épargnés, toutes plus arbitraires et plus invraisemblables les unes que les autres.

La contagion, toute seule, explique bien mieux et d'une manière aussi simple que natu-

relle, ces événemens qui n'ont rien d'extraordinaire pour l'observateur contagioniste.

En effet, admettons, ainsi que je l'ai dit, que le germe du choléra ait été importé de Londres dans des effets mobiliers, hardes ou marchandises, *de cette foule d'ouvriers fuyards* qui ont quitté Londres lorsque la maladie s'y est déclarée, ce qui a eu lieu à la fin de février et au commencement de mars, le mal a d'abord dû éclater dans les habitations occupées par ces ouvriers, soit par un, soit par plusieurs cas à la fois, ce qui est indifférent; et comme on ne prenait aucune précaution pour se mettre à l'abri de la contagion, la maladie a eu d'autant plus de facilité à se multiplier et à s'étendre, que cette classe d'hommes habitent et couchent habituellement, en plus ou moins grand nombre, dans des pièces étroites ou mal aérées et sans cesse saturées d'humidité, provenant de leur halitus, d'où il suit que toutes ces habitations n'ont pas tardé à être autant de foyers ou de gréniers à contagion, surtout dans les rues étroites et humides et dans les quartiers populeux, où le peuple est entassé dans des maisons peu spacieuses, depuis le rez-de-chaussée jusqu'au comble du toit, et ces foyers contagieux primitifs, une fois établis, ont dû nécessairement prendre bientôt une extension rapide dans les quartiers où ils existaient, et il ne serait donc point étonnant que les miasmes contagieux s'échappant alors par les portes et les croisées, se soient ensuite, au fort de l'épidémie, *répandus sur les passans qui peuvent avoir été infectés sans avoir eu aucune communication avec les malades.* Qu'on ajoute à cela l'usage multiplié des voitures publiques, l'habitude des réunions et des assemblées, et par dessus tout, je ne crains pas de le dire, les visites fréquentes et réitérées des médecins qui, sortant d'un point infecté, transportaient la contagion dans des lieux qui en étaient encore exempts. On aura ainsi la clef de ce rayonnement rapide qu'a pris la contagion dans le sein des classes pauvres et laborieuses, et successivement de son importation, dans les classes plus élevées, ce qui a été l'ouvrage de la multiplication des contacts et non pas d'un prétendu agent épidémique spécifique que rien ne justifie et que la saine raison désavoue.

34. Si, après cela, nous prenons la maladie à Paris, et que nous suivions ses progrès dans les environs, nous y trouverons également partout le cachet de l'importation. Quand une grande cité, telle que Paris, est en proie à une maladie contagieuse miasmatique, il est bien difficile de ne pas rencontrer à chaque pas les germes d'une infection aussi subtile; elle existe alors presque partout, dans les lieux publics, les temples, les salles de spectacle, les cafés, sous les portiques des palais, dans les voitures publiques et jusque dans les rues; les grands hôtels à porte cochère, les communautés religieuses, les pensionnats, les casernes et les hôpitaux pourraient seuls s'en garantir par une exacte séquestration, ce qui a eu lieu en effet pour certains de ces édifices, dont les entrées ont été tenues exactement fermées et ne communiquaient au dehors qu'avec des précautions rigoureuses; mais la partie mobile de la population, la masse des citoyens, en un mot, sans cesse en mouvement pour ses besoins, ses affaires ou ses plaisirs, etc., se trouvant partout enveloppée dans les filets de la contagion, il en résultait que la plupart des individus qui quittaient Paris, à cette époque, se trouvaient déjà souillés par elle, soit pour en avoir absorbé les miasmes, soit parce que leurs vêtemens hygrométriques pouvaient en être imprégnés.

Cependant, ainsi que je l'ai démontré plus haut, les miasmes contagieux condensés, ne produisent pas toujours les effets funestes qu'on doit en redouter, et leur maléfice ou leur innocuité dépendent des circonstances accidentelles particulières à ceux qui en sont les moyens de transport. Ainsi, l'individu infecté voyage-t-il à l'air libre dans une atmosphère battue par les vents et jouissant d'une grande force desséchante, pour ne pas dire dissolvante? le miasme est aussitôt détruit et l'individu est décontaminé ou désinfecté; il ne saurait alors communiquer la contagion. Un voyageur partant d'un lieu infecté avec des habits ou des effets imprégnés de miasmes, est-il calfeutré dans une voiture, ses effets sont-ils soigneusement enfermés dans une enveloppe qui les prive du contact de l'air; voyage-t-il au milieu d'une atmosphère chargée d'humidité; donne-t-il la préférence aux voitures par eau, ou seulement longe-t-il les rives d'un cours d'eau? alors toutes les conditions favorables à la contagion se trouvent réunies; il est bien difficile qu'il n'emporte pas avec lui, d'une manière ou d'une autre, les germes de la contagion, dont il sera peut-être la première victime en route, ou à son arrivée, ou bien dont il peut rendre victimes les autres, sans en rien éprouver lui-même.

35. Quoique ces considérations ne soient qu'une répétition, ou plutôt qu'un commentaire des lois de la contagion, il m'a paru utile de les développer ici pour éclairer ce que nous allons dire sur la marche qu'a suivie le choléra dans son rayonnement autour de Paris. Qu'on prenne donc ici, de même que j'ai conseillé de le faire pour l'épidémie cholérique des Iles Britanniques, savoir: la carte de France et le *Bulletin officiel du Moniteur*, soit de la *Gazette médicale*, et l'on recueillera de ce rapprochement, non seulement la preuve que le choléra s'est étendu à la faveur de l'humidité atmosphérique sur trente-huit départemens consécutifs, mais encore que ce fléau nous a révélé une circonstance remarquable et peut-être même inaperçue jusqu'ici, sur la structure physique de la France, savoir: que ce beau pays, qui a été divisé par les géographes en quatre grands bassins, d'après les quatre grands fleuves qui l'arrosent et les affluens qu'ils reçoivent, présente dans la structure de sa surface une division primordiale qui sépare la France en deux grands bassins, savoir: un Nord-Ouest et un autre Sud-Est, dont l'arête séparative correspondrait à un arc de cercle dont l'extrémité Nord Est commencerait aux sources de la Saône: le centre ou le milieu, à peu près, serait le département du Puy-de-Dôme, et l'autre extrémité, au Sud-Ouest, correspondrait à l'île de Rhé, avec quelques sinuosités qu'il serait facile de tracer en prenant le versant des eaux qui coulent des deux côtés opposés; or, telle est en effet la marche qu'a tenue le choléra

dans son envahissement de la France, et il est visible que les trente-huit départemens qui ont été et qui sont encore en proie à la fureur du fléau, sont tous ceux situés en dedans de l'arc de cercle dont nous venons de parler. Pourquoi le fléau a-t-il suivi une marche aussi singulière? Voici, sans doute, la manière la plus raisonnable de l'expliquer.

Le choléra étant à Paris, a fait comme à Sunderland, comme il a fait sur le Volga et sur toutes les rivières dont il a longé les rives. Après avoir infecté les environs de Paris et les petites villes les plus rapprochées, qui ont les relations les plus actives avec cette capitale, le mal s'est étendu rapidement sur les deux rives de la Seine, en remontant d'abord le cours de ce fleuve, puis il n'a pas tardé à s'étendre progressivement le long de tous ses affluens, en commençant par la *Marne*, puis l'Yonne, et l'autre en amont de Paris et en aval de cette ville; il s'est étendu plus tard le long de l'Oise et de l'Eure, de sorte que tous les pays qui sont autant de bassins de ces petits affluens, ont été presque généralement infectés. Le bassin de la Seine étant ainsi conquis, le mal s'est étendu dans le bassin de la Loire par le canal de Briare, qui, comme on sait, communique avec la Seine et celui d'Orléans, dont la ville a été une des premières atteinte. Une fois sur les rives de la Loire, la contagion s'est aussi étendue rapidement par les navigations de ce fleuve à tous ses affluens, savoir : l'Allier, le Cher, l'Indre, la Vienne, le Loir, la Sarthe, la Mayenne et le Maine, dont tous les pays qu'ils arrosent ont également été et sont encore ravagés par l'épidémie.

Quant aux départemens du Nord, il n'est pas moins remarquable que la maladie s'y est propagée par le canal de l'Ourque, qui, comme on sait, établit une communication entre la Seine, l'Aisne et la Somme, dont les affluens n'ont pas manqué non plus de disséminer le mal dans tous les bassins qui leur correspondent. Voilà bien, d'après cette observation, dont personne ne peut contester l'exactitude, comment, à la fin d'août, il n'y avait encore que trente-huit départemens d'envahis en France: je ne parle point des cas particuliers qui ont éclaté à Bordeaux, attendu que cette ville étant un port de mer, où le commerce est extrêmement actif et étendu, le fléau lui a été, sans doute, apporté par des provenances maritimes, contre lequel on ne s'est prémuni là, comme ailleurs, par aucune mesure sanitaire préventive.

Qu'est-il besoin, d'après un pareil spectacle, qui n'est au reste qu'un renouvellement de tout ce que les observateurs ont écrit sur la progression de cette maladie le long des cours d'eau, par préférence à tout autre lieu, qu'est-il besoin, dis-je, de chercher ailleurs des explications chimériques et illusoires? Lorsque cette circonstance de l'extension du mal vient en quelque sorte justifier toutes les autres, 1° en démontrant le caractère incontestablement contagieux de la maladie, et 2° en prouvant de la manière la plus frappante que la contagion elle-même a besoin pour s'exercer d'une manière plus ou moins active, du concours de l'humidité hygrométrique de l'atmosphère.

Assurément, je n'aurai pas été le premier à constater cette intéressante observation de la marche remarquable du choléra en France. Eh bien! tant mieux pour la vérité; je n'aspire point à la prétention de la connaître exclusivement; puisse-t-elle être si resplendissante que sa lumière frappe tous les regards! puisse sa voix être assez sonore pour que personne ne méconnaisse plus ses accens, et qu'enfin, tous les médecins confondus dans la même opinion et la même doctrine, réunissent leurs efforts philanthropiques, pour détruire, sur la terre, un fléau qui n'est fort que de notre faiblesse, qui se joue de notre entêtement, et qu'il est, selon moi, si facile de vaincre et même d'anéantir partout où il existe, jusqu'à son berceau dans l'Inde! Poursuivons.

36. Les trente-huit départemens, c'est-à-dire la moitié Nord-Ouest de la France étant ainsi envahie et conquise par le fléau, on s'attendait à chaque instant à le voir se déborder avec la même facilité sur l'autre moitié Sud-Est, et cela avec d'autant plus de raison (1), que, sur la foi des notabilités médicales qui assuraient que la maladie était exempte de contagion, et qu'elle n'avait d'autre mode d'extension que celui propre à toutes les maladies épidémiques (laquelle ne peut être atténuée que par des précautions locales d'assainissement, etc.), l'autorité ne prenait aucune mesure préventive pour s'opposer à la marche de la maladie qui, ainsi, avait toute liberté de se répandre sur la généralité des populations. Qu'on se rappelle ou qu'on relise à cet égard tous les commentaires et toutes les prévisions des non-contagionistes, consignés dans des brochures, les journaux de médecine, et entre autres, dans la *Gazette médicale*, et on y verra qu'avec les ressources de l'esprit, il n'est point de mauvaises causes qui ne puissent être défendues avec des avantages spécieux.

Ainsi, ils prétendaient que la cause épidémique ne jouissait que d'une puissance progressive; qu'elle commençait d'abord par ébranler la santé; que cet ébranlement se manifestait bientôt par l'apparition de coliques, de la diarrhée, désignée sous le nom de cholérine, et que les corps, ainsi préparés et à moitié vaincus, devenaient ensuite une proie facile au fléau. Combien n'ai-je pas vu de malheureux transis de frayeur à la sensation de la plus légère colique, à la survenance du moindre vomissement et d'une diarrhée plus ou moins abondante, occasionnés le plus souvent par des indigestions ou des écarts de régime!

37. Les médecins des départemens encore vierges d'infection, se dirigeant sur les errements de ceux de la capitale, ne contribuaient eux-mêmes pas peu à accréditer cette opinion d'une prochaine invasion du choléra, par leur correspondance avec les corporations savantes ou avec les journalistes; car on y voit qu'ils annonçaient de la meilleure foi du monde, que l'apparition de la cholérine, et d'autres dérangemens des voies digestives, dans les contrées où ils exerçaient leur art, étaient pour eux des avertissemens que ces contrées allaient bientôt être envahies, ou même étaient déjà entamées

(1) Pour les contagionistes et les non-contagionistes indifféremment.

par le choléra (ce que l'événement n'a que rarement justifié). Dans mon département, cette préoccupation était telle que nous avons vu des empoisonnemens par l'arsenic être qualifiés gravement de choléra dans des procès-verbaux de médecins instruits d'ailleurs, et l'illusion ne cesser pour eux, que lorsque, par l'ouverture du corps exhumé par l'ordre de l'autorité, sur ma demande en ma qualité de président du comité central de salubrité, on eut retiré de l'estomac et des intestins une quantité énorme de poison, bien et dûment constaté dans sa nature.

J'ai assisté moi-même à l'ouverture du corps d'une jeune personne de vingt ans, qu'on accusait aussi d'avoir succombé au choléra, et que je jugeai, d'après l'exposition des symptômes, être morte d'une perforation subite de l'estomac dans les efforts de vomissement, ce que l'autopsie confirma, de même que cela eut lieu pour l'empoisonnement cité plus haut, que j'avais également caractérisé tel que l'ouverture l'a constaté.

38. On a vu des choléras sporadiques, fruits de l'excessive chaleur, et des fièvres intermittentes algides, répandre aussi l'épouvante, non seulement dans le public, mais encore parmi les médecins dominés par la prévention. Quant à moi, ferme contagioniste, lorsque je me trouvais en présence de pareils faits, mon premier soin, même avant d'aborder les malades, était toujours de m'informer des circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, des endroits et des personnes que pouvaient avoir fréquenté les malades; des objets qui pouvaient leur être arrivés des lieux infectés, etc., et cette enquête, jointe à l'état de sécheresse de l'atmosphère et à l'observation des symptômes, suffisait toujours pour me convaincre que le fléau n'exerçait aucun empire sur nous et qu'il ne pourrait en exercer qu'autant que les circonstances favorables à la contagion lui fourniraient les conditions nécessaires à son importation; ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture de mon livre, écrit au commencement et dans le fort de l'épidémie de Paris.

39. Tous paraissaient surtout redouter l'influence de la chaleur pour activer et propager le mal, tandis que je voyais moi-même dans cette chaleur sèche, des motifs de sécurité pour les pays non envahis, attendu qu'elle est bien réellement, de tous les désinfectans, le meilleur, ainsi que je l'ai dit dans mon livre et que je viens de le répéter dans ce mémoire.

40. Je ne parlerai point ici de toutes les autres rêveries avec lesquelles on a voulu expliquer la marche et les allures du choléra, telles que la nature des terrains (M. Boubé), propres ou impropres à donner naissance à cette affection, les épizooties des poules et des poissons, etc. J'en ai fait une suffisante justice dans mon livre, et le public éclairé certes n'a pas manqué d'en faire autant.

Qu'est-il arrivé en effet dans la marche du choléra en France? C'est que cette chaleur si redoutée a été précisément la cause la plus puissante d'assainissement ou plutôt de désinfection; c'est que le fléau a trouvé dans sa présence un obstacle insurmontable à son extension; c'est qu'elle a, en un mot, coupé les ailes à la contagion hors de l'enceinte des appartemens des malades; et c'est ainsi que la nature a victorieusement fait ce que je conseillais de faire, au moyen des fumigations nitriques; qu'elle a elle-même désinfecté les hommes et les choses qui partaient des pays infectés, ce qui rendait l'exportation du mal tout-à-fait impossible.

41. Il en est résulté, et cette considération est décisive, que la contagion, après être parvenue, à la faveur de l'humidité entretenue par les cours d'eau qu'elle avait suivis en les remontant jusqu'à leurs sources, n'ayant plus rencontré l'élément nécessaire à son transport au delà de ces sources, s'est arrêtée tout court, sans pouvoir franchir l'arête dont j'ai parlé, et arriver dans le versant du bassin sud-est. Cela est aussi évident que la lumière.

42. On ne manquera pas sans doute d'opposer à l'évidence de ce raisonnement, la recrudescence de la maladie qui a eu lieu, précisément au plus fort de la chaleur estivale, invoquée ici comme le plus puissant ennemi de la contagion. Eh bien! cette objection, au premier coup d'œil si spécieuse, devient au contraire un argument péremptoire en faveur de mon opinion, tant est au dessus de toute attaque la force de la vérité! En effet, étourdi moi-même un moment par cet événement, qui mettait en péril ma théorie que je croyais cependant bien solide, je m'empressai d'en rechercher la cause rationnelle, et il me vint bientôt dans la pensée que la recrudescence dont il s'agit et qu'on s'efforçait d'expliquer par le surcroît des chaleurs, pourrait bien être le résultat des moyens réfrigérans habituellement employés à Paris, durant la saison de l'été, et qui consistent dans un fréquent arrosage des rues et des places publiques. J'avais d'ailleurs consigné dans mon ouvrage, comme un des moyens d'atténuer le fléau, la prohibition de l'arrosement des villes durant les grandes chaleurs.

Je pris donc aussitôt des informations, j'écrivis et j'interrogeai toutes les personnes de ma connaissance qui arrivaient de Paris, et il résulta de toutes mes informations, que, non seulement la police (que l'on n'avait pas pu éclairer sur un point de doctrine encore inconnu), ne se doutant pas du mal que pouvait causer la pratique des arrosemens usitée habituellement, et croyant au contraire devoir redoubler de zèle, à l'occasion du fléau, non seulement faisait inonder, par ses entrepreneurs, les rues, les boulevards et les places publiques, mais encore obligeait tous les habitans à en faire autant devant leurs maisons respectives.

C'est ainsi qu'en remplissant sans cesse, par cette opération irréfléchie, la ville de vapeurs aqueuses, on avivait la contagion, au lieu de la ralentir comme on l'espérait. Voilà incontestablement la cause principale de cette recrudescence qui a tant fait faire de conjectures aux observateurs les plus éclairés, pour pouvoir l'expliquer. Si on n'eût pas oublié les sages leçons du vieillard de Cos, mises en pratique durant la peste d'Athènes, si surtout on eût cru à la contagion et surtout connu sa na-

ture, on eût au moins défendu l'emploi d'un pareil moyen, tout en s'abstenant d'ajouter à la chaleur désinfectante du soleil, celle superflue des feux artificiels allumés dans les rues, et le choléra n'aurait point reverdi, et, en outre, ses ravages eussent été beaucoup moindres dans le fort de l'épidémie, et enfin sa contagion, moins multipliée, n'aurait pas pu prendre une extension aussi rapide dans tout le bassin nord-ouest de la France. On peut ajouter à cette cause principale de la recrudescence du choléra de Paris, comme agent secondaire, mais cependant propre à lui donner un surcroît d'activité, l'émeute du 5 au 7 juin, qui n'a pas manqué de disséminer la contagion en multipliant les points de contact dans une ville remplie de vapeurs humides.

43. Il ne me reste plus maintenant qu'à dire encore deux mots sur l'irruption qu'a faite le choléra dans le bassin du Rhône. Déjà depuis long-temps, on s'attendait journellement à Lyon, à l'invasion du fléau; son existence dans le bassin de l'Allier et dans le département de la Haute-Saône, devait en effet faire redouter à cette ville industrieuse la visite de ce féroce étranger. Néanmoins ces craintes ne se sont pas réalisées, et à l'exception de quelques cas isolés et douteux, au nombre de trois ou quatre, que l'on croit y avoir observés durant les plus fortes chaleurs, la maladie n'y a pas pris racine. Comment donc cette ville populeuse a-t-elle échappé jusqu'ici à l'infection, lorsque des foyers étaient si près d'elle, à Moulins, dans l'Allier, à Gray et dans d'autres villages de la Haute-Saône? Deux circonstances l'auront sans doute garantie. La première, c'est la chaleur sèche de l'atmosphère; la seconde, c'est la cessation de la navigation de la Saône, par suite de cette sécheresse qui avait privé cette rivière de la plus grande partie de ses eaux. Voilà donc un fait qui se trouve encore bien concordant avec la théorie établie. Le choléra n'a pu arriver à Lyon par défaut d'humidité vaporeuse.

44. Cependant, événement non moins remarquable et tout aussi concluant pour la vérité de la théorie! Dans les premiers jours de septembre, le mal éclata, comme on dit, à Serrières, village, sur la rive droite du Rhône, dans une presqu'île de ce fleuve, lieu bas et marécageux, à six ou sept lieues en aval de Lyon. Comment le choléra a-t-il surgi sur cette plage humide? Est-ce le prétendu agent épidémique qui est sorti de dessous les ondes du fleuve, ou s'est-il abattu dans cet endroit comme un oiseau de proie? Non, non assurément, et, ainsi que je l'ai dit à satiété dans mon ouvrage, *cet étranger* ne jouit pas de la faculté de s'engendrer spontanément par les seules ressources locales de nos climats. Ici comme partout ailleurs, il est venu par semence, il a été importé par la Haute-Saône, et il résulte de tous les documens que j'ai recueillis, que cette importation est due à un batelier venant des lieux infectés, et qui, aussitôt son arrivée à Lyon, avait pris un engagement sur le bateau à vapeur qui transporte les voyageurs de cette ville à Avignon, et sur lequel il était parti immédiatement, sans séjourner dans cette première ville. Il m'a été rapporté que, le bateau parvenu en amont de Serrières, la maladie s'était déclarée chez lui, et qu'on l'avait aussitôt débarqué pour lui donner des secours; qu'il était mort, et que bientôt la maison dans laquelle il avait été transporté, et les maisons du voisinage, avaient présenté plusieurs cas de choléra si intenses, qu'il en était mort quinze sur dix-sept; que la maladie s'était étendue successivement au Sablon, village sur la rive gauche du Rhône, au moyen de son importation par un homme venant de Serrières; qu'un autre individu, également fuyard de ce village, s'était embarqué sur la diligence de Lyon à Marseille, mais qu'on avait été obligé de le débarquer à Vienne, où il était mort en peu d'heures dans l'hôpital de cette ville.

Tels sont les documens qui me sont parvenus sur cette irruption, mais comme ils ne sont pas officiels, je ne saurais les garantir, n'étant pas allé sur les lieux. Mais ce que j'ose affirmer, parce que j'en ai la certitude, c'est que mon ouvrage sur la contagion du choléra, ayant été répandu au nombre de dix ou douze exemplaires (par des personnes qui étaient venues aux eaux d'Uriage, qui en avaient fait l'acquisition) sur la rive droite du Rhône, à Condrieux, Chavanet, Saint-Chamans, Saint-Etienne, etc., les habitans, pénétrés de la conviction que la maladie était contagieuse, ont aussitôt cessé toute communication avec Serrières et le Sablon, en repoussant même les individus de ces endroits, et c'est ainsi qu'ils ont échappé à l'invasion du fléau. M. Léonce, notaire respectable de Chavanet, qui possédait mon ouvrage, et qui s'est empressé d'en répandre la connaissance chez tous les maires des communes voisines, m'a fait écrire et dire qu'il ne doutait pas que c'est à cette connaissance, et à la foi qu'on a eue en mes paroles, qu'ils sont redevables de n'avoir pas été entamés par le fléau. La même conduite a été tenue par les communes circonvoisines, vis-à-vis de Pouzzins et Annonay, où le mal avait été importé par le même bateau à vapeur.

On m'a aussi écrit de Saint-Etienne, que la commission des médecins nommée dans cette ville pour se transporter sur les lieux où avait éclaté le choléra, et qui étaient bien imbus de ma doctrine, en avaient reconnu la véracité, c'est-à-dire avaient constaté que la maladie était bien réellement contagieuse, et que partout où elle s'était manifestée sur la rive droite du Rhône, elle avait été constamment importée: qu'elle avait même fait un rapport en conséquence, mais qu'on n'avait pas jugé à propos de lui donner de la publicité. Beaucoup de familles se sont même munies de provision de nitrate de potasse et d'acide sulfurique pour pratiquer les fumigations désinfectantes que j'ai recommandées, mais on n'en a pas eu besoin jusqu'ici. Je suis pourtant informé que, comme il existe encore quelques cas à Serrières, le maire a dû se procurer mon ouvrage pour se conformer exactement à mes instructions.

45. La ville d'Arles n'a pas été aussi heureuse, et dans l'ignorance où elle s'est trouvée des moyens avec lesquels elle pouvait se mettre à l'abri de l'irruption et de l'extension du fléau, elle en a subi et en subit encore toutes les rigueurs, comme cela a eu lieu pour toutes les

autres localités de la France où la contagion n'a pu être accréditée.

Maintenant la maladie s'arrêtera-t-elle là? Je réponds oui, si on suit mes instructions, et non, si on s'obstine à ne voir dans ce fléau qu'une cause épidémique insurmontable, et que, par conséquent, on néglige les moyens uniques d'anéantir sa puissance de transmissibilité, soit par l'isolement et la séquestration, soit par la désinfection nitrique ou hydrochlorique. C'est donc aux deux corps académiques auxquels je soumets ma doctrine à éclairer le gouvernement sur un objet aussi important de salubrité publique, en conseillant seulement l'emploi de ma méthode partout où il existe encore des traces du fléau, et si on juge que ma présence puisse être nécessaire, je renouvelle ici les offres de service que j'ai faites il y a près de cinq mois à S. E. le ministre du commerce et des travaux publics, et qui consistent à me transporter de ma personne dans toutes les localités où le choléra exercera le plus de ravages.

46. Rien, ce me semble, ne peut mettre obstacle à la concession d'une grâce aussi simple que celle que je réclame de l'Académie Royale de Médecine. Elle ne saurait en rien compromettre sa responsabilité, ni porter même atteinte à sa dignité. Car de deux choses l'une, ou ma découverte et les conséquences que j'en ai tirées sont des illusions de mon esprit, et dans ce cas il n'y a aucun danger, même aucun embarras d'en conseiller l'essai aux populations (en ne prononçant pas même le nom de contagion, puisqu'on y attache autant d'influence funeste sur le moral des hommes, ce qui, selon moi, n'est qu'une crainte chimérique), en publiant dans l'instruction que les moyens de désinfection conseillés, le sont à titre de traitement curatif. Or si ces essais et ces expériences faites avec soin par des médecins consciencieux, ne répondent pas à mon attente, on sera alors fondé à ne considérer ma méthode que comme le fruit d'une erreur de mon esprit, destinée à être reléguée au rang de toutes les autres qui ont été préconisées sur cette matière, et dont les résultats n'ont pas justifié l'annonce.

Si au contraire ma théorie est vraie, si les conséquences que j'en ai déduites pour le choléra sont justes, si en un mot j'ai eu le bonheur de faire une découverte capitale pour vaincre un ennemi contre les fureurs duquel ont échoué toutes les notabilités médicales de l'univers, on ne saurait trop tôt et d'une manière trop universelle, en répandre la connaissance dans les pays ravagés ou menacés de l'être, et dans toutes les nations que le fléau décime ou menace de décimer. Ce sera même pour ces dernières une preuve de plus que la nation française marche vraiment à la tête de la civilisation du monde, puisque ce sera à elle qu'on sera redevable de la victoire la plus signalée qu'aura jamais remportée l'espèce humaine contre ses plus redoutables ennemis, les maladies contagieuses miasmatiques. Car, ainsi que je l'ai dit, ce n'est pas seulement contre le choléra que ma découverte prévaudra, mais encore je prétends qu'avec les mêmes armes, on peut détruire toutes les maladies contagieuses, même celles qui sont naturalisées en Europe, comme la petite vérole, la rougeole, la scarlatine, etc. Il suffira pour cela de placer des appareils de désinfection auprès des malades, aussitôt que ces maladies éclateront sur un point, et moyennant qu'on suive bien mes instructions, je suis bien convaincu que le mal sera intransmissible.

Je ne pense pas surtout que l'Académie Royale de Médecine se croie obligée par sa déclaration négative de la contagion du choléra. Dans le moment de presse et de terreur universelle, sous l'empire duquel elle s'est trouvée placée, elle a pu, elle a dû rassurer les esprits, en proclamant la non-contagion, nonobstant les doutes ou les opinions contraires de la plupart de ses membres, sauf à révoquer plus tard son arrêt, lorsque l'expérience et l'observation, et surtout le retour du calme des esprits, lui auraient permis d'éclaircir la question de manière à prononcer avec connaissance de cause.

D'ailleurs on sait bien que ce ne sont pas les corporations savantes qui font des découvertes scientifiques spéciales, ce sont toujours des individus isolés: elles ne peuvent être en effet que l'œuvre du génie privé. Elles ne font elles-mêmes que les juger, les sanctionner ou les désapprouver, après en avoir discuté tous les élémens et expérimenté les faits, ou vérifié les principes sur lesquels elles sont appuyées. Telles sont les fonctions de l'Académie de médecine; elle ne saurait être liée par ses précédens; ses décisions ne sont pas théologiques, mais purement scientifiques; elle n'a jamais prétendu les donner comme des articles de foi et renoncer ainsi à reconnaître la vérité lorsque, plus tard, elle lui apparaît avec évidence, bien qu'elle ait prématurément fait profession d'une opinion contraire.

Ainsi, comme on voit, ce n'est point une faveur que je sollicite, une infraction aux réglemens de cette compagnie, mais au contraire un acte de justice tout-à-fait compatible avec les convenances et ses statuts.

Résumé et conclusion.

Il suit de tout ce qui vient d'être dit, 1° que c'est une erreur bien calamiteuse pour l'humanité que celle qui résulte de la confusion des maladies de nature épidémique avec celles de nature contagieuse; que les premières procédant d'une cause inhérente à la constitution atmosphérique, diffèrent des secondes par leur invasion générale et presque simultanée des populations, dès que l'agent épidémique les frappe de son influence morbigène, tandis que les secondes, toujours le fruit d'une importation, naissent, se propagent et se multiplient par le moyen de l'infection miasmatique dont les malades sont eux-mêmes les premiers, les seuls, les uniques foyers d'infection;

2° Que l'infection miasmatique est par conséquent l'agent exclusif par lequel se transmettent et se reproduisent toutes les maladies fébriles de nature contagieuse, qui sont en possession depuis long-temps de ravager l'espèce humaine;

3° Que ces maladies, la plupart étrangères

à nos climats, n'y ont été importées et ne s'y perpétuent qu'à l'aide de l'infection miasmatique;

4° Que ce mode d'infection est commun et aux maladies fébriles exanthématiques, et à celles qui sont privées d'exanthèmes;

5° Que les miasmes infectionnaires, reproducteurs de la maladie qui les engendre, sont les résultats d'atomes ou d'embryons spécifiques dissous dans l'humidité vaporeuse, le halitus des corps malades;

6° Qu'ils tiennent leur puissance de l'union intime de la semence avec la vapeur qui en est le véhicule;

7° Qu'il faut que la vapeur miasmatique, pour produire son effet délétère, soit privée de la tension nécessaire pour se dissiper dans l'espace, et flotter par conséquent dans l'atmosphère des appartemens des malades;

8° Qu'une chaleur sèche lui donne cette tension, si l'espace est suffisant pour la loger, et dans le cas contraire, l'espace étant bientôt saturé, l'appartement devient un foyer d'infection;

9° Que de semblables foyers peuvent se multiplier dans une ville où règne une maladie contagieuse, et alors si l'atmosphère extérieure est elle-même remplie d'humidité hygrométrique, les miasmes qui s'échapppent de ces foyers peuvent s'y répandre, et ne pouvant se dissiper dans l'atmosphère, disséminer ainsi dans l'enceinte des villes des sources multipliées de la contagion;

10° Que les miasmes peuvent transmettre la maladie, directement ou indirectement. Le premier cas a lieu lorsqu'un individu sain absorbe immédiatement dans son foyer la semence contagieuse : le second, lorsqu'il reçoit la contagion au moyen de miasmes pestilentiels condensés sur des objets hygrométriques qui ont été plongés dans ce foyer;

11° Qu'un froid sec, en condensant les miasmes, tout comme une chaleur sèche, en augmentant leur tension, s'opposent à ce que leur activité s'exerce au dehors de leurs foyers originaires;

12° Que tout l'art de la désinfection consiste à décomposer les miasmes, en s'emparant de leur humidité vaporeuse, et que de tous les moyens le meilleur pour détruire cet effet, c'est le dégagement des gaz avides d'humidité, tels que les gaz nitrique et hydrochlorique, parce qu'ils pénètrent dans toutes les interstices de l'air et des objets contaminés, et jusque dans les pores des bois où les miasmes peuvent être déposés;

13° Que la chaleur sèche et le froid sec sont aussi les meilleurs désinfectans pour détruire l'action des miasmes au dehors de leurs foyers producteurs, et surtout pour s'opposer à leur exportation;

14° Que tous les autres moyens d'assainissement, tels que les feux de cheminées, les ventilations à courant d'air, etc., sont d'efficaces auxiliaires pour détruire l'activité de la contagion;

15° Qu'il est avantageux de diminuer les chances de la contagion en interrompant les communications avec les pays infectés, ou en prenant la précaution de faire passer préalablement les hommes et les choses aux fumigations nitriques;

16° Enfin, que lorsqu'il règne dans une ville une épidémie contagieuse durant les chaleurs de l'été, on doit sévèrement prohiber l'arrosement des rues, des places publiques, des cours et des promenades.

Je prie au reste MM. les commissaires d'avoir la bonté de lire attentivement tout ce que j'ai dit à ce sujet dans le sixième chapitre de mon livre sur le choléra, et qu'il serait aussi fastidieux que superflu de répéter dans un mémoire déjà aussi long.

BILLERAY,
Professeur à l'École de médecine de Grenoble.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Au Rédacteur.

III. FRACTURE COMMINUTIVE DU CRANE; ÉPANCHEMENT; OPÉRATION DU TRÉPAN. — LUXATION DE L'EPAULE. — GUÉRISON. — FRACTURE COMPLÈTE DE L'AVANT-BRAS.

Le 12 juin dernier, le nommé Jean Gibert, de la commune de Bretteville, âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution athlétique, travaillait au pied de la montagne du Becquet (près Cherbourg), lorsqu'une pierre pesant douze à quinze cents livres, détachée du rocher, tomba perpendiculairement de plus de soixante pieds de hauteur sur une roche de dix à douze pieds d'élévation au dessus du sol, et ricocha pour aller rouler au loin avec fracas.

C'est dans ce moment que Gibert, debout, et qui tâchait de l'éviter, fut atteint à la tête par un de ses angles fort saillant et fort aigu, et renversé rudement sur un monceau de pierres. — Ce malheureux perdit aussitôt connaissance, vomit du sang, et en rendit par le nez et les oreilles.

Ses camarades le rapportèrent chez lui, bien qu'ils pensassent que Gibert ne pourrait survivre, tant il leur paraissait moulu (c'est leur expression).

L'accident avait eu lieu sur les huit heures du soir, et je vis le malade à minuit. Voici ce que j'observai : altération profonde des traits de la face; pupille très dilatée, insensible à la lumière; les yeux entr'ouverts; paupières sans mouvement; perte complète de connaissance et de sentiment, immobilité générale; respiration entrecoupée, à peine sensible pendant de longs intervalles; pouls lent, ne donnant que de trente à trente-cinq pulsations par minute, intermittent et irrégulier; il sort encore du sang par la bouche, le nez et les oreilles; on voit d'énormes contusions sur la partie postérieure droite du tronc depuis l'épaule jusqu'à la fesse; l'épiderme est enlevé dans une grande étendue, la peau meurtrie et déchirée en plusieurs endroits, l'épaule de ce côté luxée, et l'avant-bras complétement fracturé.

La tête présentait, à la partie supérieure externe du coronal, près son articulation avec le bord antérieur du pariétal gauche, une plaie triangulaire dont les côtés pouvaient avoir dix-huit à vingt lignes d'étendue; le crâne à décou-

vert laissait voir un enfoncement de huit à neuf lignes de diamètre, sur dix à onze de profondeur.

En pressant légèrement avec le doigt sur un des bords de la pièce enfoncée, il fut facile de juger que la fracture était comminutive, que l'os était divisé suivant son épaisseur, et que la lame interne du coronal était brisée dans une plus grande étendue que l'externe. Je remarquai que celle-ci était comme enlevée par un emporte-pièce assez mobile, et qu'en la faisant remuer doucement, on entendait un bruit semblable à celui qui résulterait de noix ou de petits cailloux qu'on froisserait les uns contre les autres. Le même bruit se faisait entendre, si l'on agitait la mâchoire inférieure.

Ma position était critique. Ayant reconnu la fracture comminutive du crâne, j'avais à craindre non seulement un épanchement, mais la contusion et l'ébranlement des méninges, l'ébranlement du cerveau et la commotion de cet organe.

Une large saignée du bras fut pratiquée; des sangsues appliquées le long du cou, sous les oreilles. J'ordonnai le petit-lait émétisé, dont le malade ne put avaler une seule goutte, tant était grand le spasme de l'œsophage. J'essayai de relever la pièce d'os qui se présentait à l'extérieur, mais en vain. Par la violence du coup, cette pièce avait changé de rapport avec l'ouverture du crâne, et, bien qu'en la poussant des deux côtés elle parût un peu mobile, il était impossible de passer au dessous un instrument pour l'enlever; et d'ailleurs, en la soulevant d'un bout, l'autre, par ses aspérités, aurait infailliblement déchiré les membranes du cerveau.

Enfin, à quoi eût servi d'enlever celle-ci, lorsqu'on était assuré qu'il en restait d'autres d'une plus grande dimension, qu'il faudrait faire sortir par une ouverture trop étroite pour leur livrer passage?

Je jugeai l'opération du trépan indispensable, et je la pratiquai, aidé par mon collègue et ami, M. Laiguillon, médecin de l'hôpital civil de Cherbourg.

La plaie fut agrandie à son angle externe, le lambeau relevé, le périoste ruginé, et la couronne du trépan appliquée à un pouce et demi environ au dessus de la bosse coronale gauche. Une moindre résistance m'avertit bientôt que l'instrument était parvenu au déploi. Je le retirai alors, et je m'aperçus, par une légère pression avec le doigt, que la lame interne de l'os était détachée dans la moitié environ de la grandeur de la couronne du trépan, du côté de la fracture.

J'agis avec la plus grande circonspection, et peu de temps me suffit pour terminer l'opération. Il ne resta plus qu'à enlever les pièces d'os au moyen du levier ou des pinces à pansement.

Quel fut mon étonnement, lorsque j'aperçus sous la première pièce un morceau de chapeau de cinq lignes sur deux, et plusieurs grains de pierre. La lame interne de l'os était brisée en sept fragmens qui, réunis, formaient une étendue de près de deux pouces de diamètre, tandis que l'externe était divisée en trois, dont l'ensemble ne présentait pas une surface de plus de dix à onze lignes. Le contour de l'ouverture offrait beaucoup d'aspérités qu'il fallut détruire avec la rugine.

Dans cet endroit existait un épanchement de trois onces au moins d'un sang noir et coagulé, qui me parut provenir du déchirement des méninges par une pièce d'os longue, courbe et étroite, qui avait pénétré de deux à trois lignes dans la substance du cerveau. Au dessous de ce sang était un enfoncement du cerveau capable de loger la moitié d'un œuf de poule, coupé suivant son plus grand diamètre.

La dure-mère était violette, ecchymosée, et ses vaisseaux fort injectés dans toute l'étendue qui correspondait à la fracture.

Peu de temps après l'opération, lorsque la compression eut cessé, la respiration devint plus sensible, le pouls plus fort et plus fréquent (trente-cinq à quarante pulsations); le malade ayant perdu peu de sang pendant l'opération, fut saigné du bras une heure après, et le soir on renouvela la saignée, en la proportionnant à la force de l'individu et à la violence des accidens.

Le 13 se passa sans une diminution sensible des symptômes, quoique, dans la nuit du 13 au 14, le malade portât plusieurs fois la main à la tête, donnât quelques signes de connaissance, et parût commencer à ressentir ses douleurs.

Pendant la journée du 14, l'assoupissement fut profond, le ronflement très fort; il y eut du délire. Sur les onze heures, le malade fut saisi d'un froid glacial aux extrémités, qu'on eut peine à réchauffer. La fièvre augmenta le soir; le délire fut grand jusqu'à minuit, moment où Gibert commença à manifester de la soif, ce qu'il n'avait pas encore fait.

Saignées, sangsues, petit-lait émétisé, limonade légère.

Le 15 au matin, il a repris connaissance, et il indique les endroits où il souffre. La figure est moins altérée, les pupilles sont moins dilatées, et reprennent de la sensibilité; il tourne la tête à plusieurs reprises pour changer de position. L'assoupissement a considérablement diminué; il y a toujours du délire par intervalles, mais moins continu que la veille.

Le soir, soif, développement du pouls, saignée, sangsues répétées au cou, sous les oreilles, et même boisson. Deux selles liquides.

Le 16, calme à l'entrée de la nuit jusqu'à onze heures, une heure de sommeil; après minuit, frisson général, soif, douleurs de tête violentes. — Il se plaint de ses contusions et de son bras. — Dans le jour du 17, les réponses sont assez nettes. — Deux selles; même traitement. — Il demande à uriner, besoin qu'il n'avait pas senti depuis son accident. Pansement à midi. La plaie est belle; des bourgeons charnus se développent sur la dure-mère; le pus est de bonne nature, et le cerveau a repris son volume normal.

Depuis ce moment, les symptômes diminuent chaque jour d'intensité, le délire cesse, la mémoire revient, et Gibert a sa pleine connaissance; il sent ses douleurs, ses besoins, et tout annonce qu'il est sauvé.

En effet, dix-huit jours après son accident, il se lève pour qu'on fasse son lit, peut rester plusieurs heures sur son séant, et aujourd'hui,

trentième, il se promène dans son jardin. L'appétit est bon, le sommeil tranquille, les évacuations régulières, les douleurs de tête fort modérées ; il ne lui reste d'un semblable accident qu'une ouverture au crâne. Chez lui, la mémoire, l'intelligence et toutes les sensations sont les mêmes qu'auparavant, et ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que le pouls est resté à quarante-cinq pulsations par minute. Dans tout le cours de la maladie, il y a eu peu de mouvemens convulsifs de la face et des membres. — Je n'ai remarqué de secousses dans les tendons que le deuxième et le troisième jour ; elles n'ont point duré.

J'ai revu Gibert le 16 octobre. — Il est fort et bien portant. — La cicatrice est solide ; il ne se plaint d'aucuns maux de tête. — A cela près d'une légère surdité de l'oreille gauche, il est parfaitement guéri.

Je me suis servi, dans cette opération, d'un trépan confectionné par Sir Henry, aussi remarquable par son élégance que par ses qualités, et cependant il me manquait une pièce pour le cas qui se présentait à ma pratique : c'est une rugine de trois lignes de hauteur sur cinq à six de largeur. Celles qui se trouvent dans toutes les caisses ou sont trop longues ou se terminent en pointe, et je n'ai pu les employer pour détruire les aspérités de la portion interne du crâne.— Il me fallait pousser l'instrument trop loin, risquer de faire de nouvelles contusions au cerveau ou aux membranes qui le recouvrent. J'employai une petite rugine à nettoyer les dents qui me réussit parfaitement.

Je proposerais d'ajouter aux pièces qui composent le trépan cette rugine, qui pourrait servir dans plusieurs cas, et particulièrement dans ceux qui ressembleraient à celui dont je viens de parler.

L'observation de Gibert, que j'ai communiquée à M. Bonnet, chirurgien aide-major au 49e de ligne, et qu'il a insérée dans sa thèse soutenue à Strasbourg le 13 août dernier, a été regardée par les professeurs de cet e faculté comme fort intéressante. Ils ont pu apprécier la gravité de la maladie et la difficulté de l'opération en examinant les pièces d'os que j'avais envoyées à M. Bonnet. Sous le rapport chirurgical, cette observation présente des faits curieux et bons à méditer. — La guérison de Fieschi était moins douteuse que celle de Gibert, et cependant l'un et l'autre s'en sont bien tirés.

Mais ce qu'il m'importe de signaler ici, sous le rapport de médecine pratique et pour prendre date, ce sont les deux accès très réguliers de fièvre intermittente tierce que Gibert a éprouvés les 14 et 16 juin. Je possède plusieurs observations d'affections traumatiques où de pareils excès se sont manifestés. J'ai encore sous les yeux en ce moment un malade qui, par suite d'un coup sur la poitrine, éprouve des accès de fièvre intermittente tierce, caractérisée par le froid, la chaleur, la difficulté de respirer, l'augmentation de la douleur de poitrine, la toux sèche, les crachats difficiles pendant l'accès jusqu'à ce que la sueur amène une rémittence. La douleur ne cesse pas entièrement, mais elle est fort supportable jusqu'au moment où un nouvel accès vient rendre à tous les symptômes une nouvelle intensité.

J'ai observé avec tout le soin et l'exactitude dont je suis capable l'état des organes digestifs chez tous ces malades, dont je présenterai les observations plus tard ; et bien que sorti de l'école de Broussais, je n'ai pu reconnaître chez aucun la nuance la plus légère, la plus fugace du phlogose de l'estomac ni des intestins. Maintenant qu'on écrive que toutes les fièvres intermittentes ne sont que des nuances de la gastrite !.... je présenterai l'histoire de la maladie d'un membre de l'Académie de Médecine de Paris, de mes intimes amis, et qui, épuisé par les saignées générales et locales, n'a dû son salut qu'à une méthode tout opposée, et que j'eus le bonheur de lui conseiller.

A. Collin, D. M. P.,
A Saint-Pierre-Église, près Cherbourg.

P. S. Dans ma prochaine, je vous communiquerai une observation sur un enfoncement considérable du crâne. Le malade est guéri sans que j'aie été obligé de le trépaner ; mais j'ai pu relever la pièce d'os par un procédé qui, je le pense, n'avait jamais été mis en usage.

Au moment où l'on s'occupe des calculs, je crois important de vous communiquer des observations de calculs bien reconnus, au moyen de la sonde, par les hommes les plus exercés dans cette partie de la chirurgie, et dont les malades qui en étaient affectés ont guéri sans opérations chirurgicales.

IV. TUMEUR CANCÉREUSE AU SEIN GUÉRIE SANS OPÉRATION.

Madame Bouteau, femme du premier clarinette du 45e régiment, âgée de vingt-trois ans, et mariée depuis quatre, d'une constitution lymphatique, accoucha d'un premier enfant vers le milieu de l'année 1830, qu'elle allaita pendant quatorze mois, jouissant d'une excellente santé.

Après que l'enfant fut sevré, les seins continuèrent encore à sécréter du lait en assez grande quantité pendant plus d'une année. Trois mois après la suppression complète de cette sécrétion, madame B..... s'aperçut qu'une petite tumeur dure s'était développée au sein gauche ; mais comme elle n'y ressentait aucune douleur, elle y fit peu d'attention.

Quatre mois s'écoulèrent dans cet état, sans que la malade s'occupât de son mal, qui cependant avait fait de grands progrès.

Dans le mois d'août 1833, six à sept mois après la suppression de la sécrétion laiteuse, la tumeur avait déjà acquis beaucoup de volume; des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans tout le sein, et les glandes de l'aisselle correspondante commençaient à s'engorger. Madame B..... se décida, alors seulement, à consulter un jeune médecin du Havre (M. Mathieu), qui ne vit d'abord, dans cette affection, qu'un simple engorgement chronique, une subinflammation de la mammaire et des glandes lymphatiques voisines. Il recommanda, pour

tout traitement, de frictionner la tumeur, matin et soir, avec la pommade d'hydriodate de potasse iodurée, qui fut continuée très exactement pendant un mois.

Loin de s'améliorer sous l'influence de cette médication, le mal fit de nouveaux progrès; alors, ce jeune médecin, justement alarmé par la marche et le caractère de la tumeur, fit appeler un de ses confrères de la ville, M. Couture, médecin d'un grand mérite, qui, après un examen scrupuleux, déclara aux parens de la malade, que son affection était un véritable cancer, et que très probablement elle serait obligée d'aller à Paris pour s'y faire opérer. En attendant, elle fut mise à l'usage des remèdes anti-cancéreux, combinés avec les anti-scrofuleux.

Effrayée par l'idée d'une opération, madame B..... vint me consulter le 5 septembre, seulement pour savoir si je lui conseillais de partir, sans retard, pour la capitale. Après avoir examiné attentivement la tumeur, je rassurai un peu la malade, et, sans lui donner des espérances bien positives, je lui laissai entrevoir néanmoins que la guérison pourrait avoir lieu sans aller à Paris, sans qu'il fût besoin même de recourir à une opération. Ces paroles calmèrent un peu ses inquiétudes.

La tumeur, qui occupait la moitié externe du sein, avait le volume du poing; elle était immobile, dure et tuberculée; la peau qui couvrait la moitié de sa surface, était d'un rouge ardoisé, comme désorganisée et veinée dans toutes les directions; son centre présentait un point fluctuant, très circonscrit, qui semblait n'intéresser qu'un des globules qui faisaient saillie à l'extérieur. Enfin, des douleurs aiguës, lancinantes s'y faisaient vivement sentir depuis quelque temps. De plus, les glandes de l'aisselle correspondante avaient acquis un volume considérable et semblaient faire corps avec le bord externe du muscle grand pectoral.

D'après ce qui précède, je ne me dissimulai pas toute la gravité de cette affection; aussi je m'empressai d'en prévenir le mari en particulier, et demandai une consultation de plusieurs médecins, qui eut lieu le lendemain, 6 septembre; elle se composait de MM. Mathieu, Couture, L'Espian et moi. Nous fûmes tous parfaitement d'accord sur le caractère essentiellement cancéreux de la tumeur, mais nous différâmes d'opinion sur le mode de traitement à suivre; la mienne prévalut, et les anti-phlogistiques furent substitués aux anti-cancéreux et anti-scrofuleux. Dès le même jour (6 septembre) on appliqua vingt-cinq sangsues sur la tumeur, sur la portion de peau encore saine, et immédiatement après, elle fut recouverte d'un large cataplasme émollient, préparé avec la farine de graine de lin et une décoction de têtes de pavots. Dans le courant de la journée, le petit foyer, dont j'ai déjà fait mention, s'ouvrit spontanément et donna issue à une petite quantité de pus ichoreux.

Les cataplasmes qu'on renouvelait fréquemment furent continués avec beaucoup d'exactitude, et on réitera l'application des sangsues les 14 et 22 septembre, les 4, 18 et 26 octobre, les 5 et 27 novembre. Pendant ce temps-là la malade observa un régime doux, et prit pour boisson, tantôt de l'eau d'orge, tantôt de l'eau de chiendent.

Sous l'influence de ce mode de traitement, nous avons vu disparaître successivement les douleurs aiguës, lancinantes, dont la malade était tourmentée, et le volume considérable de la tumeur.

Dans les premiers jours de décembre, le petit ulcère, sur lequel on n'avait jamais mis que de la charpie sèche, était cicatrisé; la glande mammaire, réduite à son volume naturel, ne conservait qu'une médiocre dureté, les ganglions lymphatiques de l'aisselle conservaient encore une partie de leur volume primitif et de leur dureté.

A cette époque, on supprima les émissions sanguines, mais on continua l'usage des cataplasmes émolliens qu'on arrosa d'eau végéto-minérale; la tumeur fut frictionnée, matin et soir, avec la pommade iodurée d'hydriodate de potasse; et la malade prit deux pillules de Belloste sans mercure, et pour boisson une légère dissolution d'iode et d'hydrochlorate de soude. Quoique lents, les bons effets de ces médicamens étaient incontestables.

Dans les premiers jours de janvier, les cataplasmes furent supprimés complétement, et à leur place on employa une compression méthodique; on substitua aussi à la boisson, l'usage de la teinture d'iode, depuis dix jusqu'à quarante gouttes par jour.

Dans le mois de février, madame B.... se rendit à Paris; à cette époque la guérison était très avancée; il y avait cependant encore quelques glandes à l'aisselle, qui n'avaient pas repris entièrement leur état normal; elles conservaient un peu de dureté et de volume; la mammaire paraissait également avoir un peu plus de consistance que dans l'état naturel.

La malade a resté à Paris jusqu'au mois de septembre; elle a fait usage pendant trois mois de bains sulfureux, de tisane de houblon et de sirop de gentiane; plus tard, un emplâtre de *vigo cum mercurio* a été appliqué sur les parties qui conservaient encore de la dureté. Cette jeune dame est aujourd'hui parfaitement bien; on ne sent plus de glandes engorgées, et la glande mammaire, qui a été le siége du mal, diffère à peine de celle du côté opposé.

DARRÉ,
Chirurgien-major au 45e rég. d'infanterie.

V. NOTE SUR LA PRÉPARATION DES TABLETTES DIGESTIVES, *dites aussi Pastilles alcalines de Darcet, pastilles de Vichy.*

Depuis l'année 1836, époque à laquelle M. Darcet publia la formule des pastilles auxquelles il dut en partie le rétablissement de sa santé (*Annales de Physique et de Chimie*, janvier 1826, tome 31, page 58), les tablettes digestives sont devenues d'un usage général, et ce médicament d'un effet aussi prompt que constant, demeure aujourd'hui un précieux agent thérapeutique dont les propriétés incontestables sont d'exciter l'appétit, faciliter les digestions lentes et pénibles, neutraliser les ai-

greurs qui se développent dans l'estomac, et en général donner du ton à cet organe, sans crainte d'en provoquer l'irritation. Ces pastilles ont aussi été employées avec succès pour combattre les maladies des voies urinaires, le bicarbonate de soude facilitant la dissolution des calculs vésicaux le plus ordinairement composés d'acide urique.

M. Darcet fut amené à la préparation de ces tablettes par l'analogie qu'il remarqua entre l'action du bicarbonate de soude sur l'estomac, et celle des eaux naturelles de Vichy, dont il forme une des parties constituantes. Mais ce serait induire complétement le public en erreur que de lui laisser même supposer que ces pastilles sont préparées avec les principes qu'on tire des sources thermales de Vichy. Cette assertion est tout-à-fait inexacte, et il suffit de consulter le mémoire du célèbre chimiste dont le nom ne devrait en aucun cas servir à donner de la valeur à un fait erroné, pour se convaincre que ces pastilles, qu'il fit pour la première fois préparer à Paris, ne contiennent d'autre principe que du bicarbonate de soude qu'on ne pourrait retirer pur et blanc par l'évaporation des eaux thermales de Vichy. M. Darcet a fait, il est vrai, pratiquer à Vichy, au dessus de la source dite de la Grande-Grille, un appareil pour recueillir le gaz acide carbonique qui s'en dégage continuellement, mais comme il le dit dans son mémoire, « pour utiliser cette grande quantité de gaz qui se perd, avec lui saturer les carbonates alcalins, et préparer presque sans frais tous les bicarbonates de soude, de potasse et d'ammoniaque. »

Le bicarbonate de soude peut donc être fait dans tous les laboratoires de chimie, et M. Darcet n'a jamais dit qu'à Vichy seulement on pourrait obtenir pur le bicarbonate de soude.

Les tablettes digestives peuvent donc se préparer partout où on aura su se procurer du bicarbonate de soude bien pur et bien saturé; mais en outre la garantie d'une bonne prépation de ce médicament consiste surtout dans le choix des substances qui le composent, dans sa confection par de petites quantités à la fois, et par suite dans un renouvellement assuré.

BLONDEAU, pharmacien.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR, *précédé de Recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe*, par J. Bouillaud, *professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.*

(*Premier article.*)

En nous posant comme critique devant M. le professeur Bouillaud, nous sommes obligés de voir en lui deux hommes : le philosophe et l'homme de recherches spéciales.

M. Bouillaud paraît fort préoccupé de l'idée de fonder une philosophie médicale, et de poser des dogmes. Nous commençons par l'en louer, parce que nous aimons la philosophie médicale, parce que rien, à nos yeux, ne dégrade tant l'esprit scientifique que de le réduire à regarder purement et simplement ce que produit un remède, sans jamais chercher à s'en rendre raison, et à compter avec un peu d'attention les *cas* de succès et d'insuccès (science de garde malade!) (1). — Mais, tout en rendant justice à cette intention élevée de M. le professeur Bouillaud, tout en reconnaissant la portée de quelques réflexions, trop rares, sur l'importance de la distinction de la nature des maladies, nous trouvons jusqu'ici ses efforts philosophiques peu heureux. Nous sommes presque toujours, ou trop de son avis, ou pas assez, et ce qu'il dit a le malheur d'être, ou incontestable, ou inadmissible. Baglivi, Bordeu, Barthez, Zimmermann, ont-ils jamais pris la plume pour nous apprendre, comme une merveille, que les faits sont le fondement de la science médicale; que pour bien apprécier les faits, il est nécessaire d'avoir une bonne méthode d'observation; qu'il n'y a point de médecine hors l'expérience et le raisonnement, etc., etc.? Et que croit-on ajouter à tous ces mots, en faisant retentir à chaque instant les mots sonores et si fort à la mode de *progrès* et de *mouvement progressif?* Je ne connais pas une seule doctrine médicale qui ne puisse dire d'elle-même, éternellement et sans se compromettre, ce que M. Bouillaud dit de la sienne : « On voit que, semblable à « ces grands fleuves dont la source est ignorée, « et qui grossissent à mesure que, dans leur « cours, ils reçoivent le tribut de nouvelles « eaux, la science, humble à son origine, qui « se perd dans la nuit des temps, se développe, « s'élargit et prend un aspect majestueux en « traversant les siècles, dont chacun lui four- « nit son contingent de faits et de théories! » (Tom. I, pag. 9.) — D'un autre côté, il n'est pas permis de dire et de répéter « que la mé- « decine n'est que la mécanique et la physique « du corps humain; que la médecine n'est plus « désormais un art conjectural, mais une science « exacte et positive, etc., » sans essayer un peu la démonstration de propositions si étonnantes!

Ceci fait que quand M. le professeur Bouillaud dogmatise, nous passons outre; car nous

(1) Zimmermann trouverait encore de nos jours à appliquer l'excellente définition qu'il a donnée de l'empirique : « *Un empirique en médecine est un homme qui, sans songer même aux opérations de la nature, aux signes, aux causes des maladies, aux indications, aux méthodes, et surtout aux découvertes des différens âges, demande le nom d'une maladie, administre ses drogues au hasard, ou les distribue à la ronde, suit sa routine et méconnaît son art.* » Rien de plus beau, rien, dans la vie humaine, qui demande plus d'intelligence que la *pratique* médicale. Pourquoi faut-il que, sous le prétexte d'être *praticien*, on *suive* si souvent *sa routine et méconnaisse son art?*

aimons, comme lui, la *vérité*, la *science*, la *raison humaine*, le *progrès*, le *mouvement progressif*, etc.; et nous ne pouvons, comme lui, admettre sans preuve ce que tout le monde conteste, et ce contre quoi proteste l'expérience de chaque jour.

Nous nous occuperons donc le moins possible du *philosophe*, et nous étudierons, examinerons et ferons connaître avec d'autant plus de soin l'homme spécial, auquel nous attachons une véritable valeur.

L'ouvrage que publie aujourd'hui M. le professeur Bouillaud n'est point une nouvelle édition de celui pour lequel il prêta sa collaboration à M. Bertin, et qui parut en 1824 : c'est un livre tout nouveau. Depuis douze ans, M. Bouillaud a travaillé continuellement sur les maladies du cœur, sur lesquelles on a tant travaillé d'ailleurs. Ses recherches sont nombreuses, curieuses, importantes, et la discussion qu'il poursuit sans cesse des différentes théories qui ont été données sur la partie mécanique de la physiologie et de la pathologie du cœur, est neuve et lumineuse.

Nous ne saurions nous contenter de porter un jugement général et d'ensemble sur une œuvre comme celle-ci : c'est par une analyse détaillée qu'on doit faire connaître un livre de détails, lorsque ces détails intéressent la pratique et que l'étude en est généralement trop peu répandue.

Le *Traité clinique des maladies du cœur* est divisé en deux parties : la première, qui traite de l'anatomie et de la physiologie du cœur, et qui contient quelques généralités sur les maladies de cet organe ; la deuxième, qui comprend l'étude des maladies du cœur en particulier.— Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de ce qui est relatif à la physiologie ou aux fonctions du cœur, renvoyant à un deuxième et prochain article tout ce qui concerne la pathologie.

Poids et volume du cœur. — Pour déterminer, de la façon la plus approximative, le poids et les dimensions du cœur, M. Bouillaud établit trois séries de faits : 1° une première série de quatorze cœurs à l'état normal ; 2° une deuxième série de sept cœurs affectés d'atrophie à divers degrés ; 3° une troisième série de onze cœurs affectés d'hypertrophie à divers degrés.

D'après les faits de la première série, on peut fixer à huit ou neuf onces le poids moyen du cœur chez l'adulte de vingt-cinq à soixante ans. M. Cruveilhier se serait donc trompé en moins en l'évaluant à six ou sept onces, et M. Lobstein en plus, en le portant à neuf ou dix onces. — La *circonférence du cœur*, mesurée à la base des ventricules, chez sept sujets, a donné pour moyenne, huit pouces neuf lignes trois septièmes. — La *longueur*, représentée par une perpendiculaire menée de la base du ventricule gauche ou de l'origine de l'aorte à la pointe du cœur, mesurée chez neuf sujets, a donné trois pouces sept lignes un tiers. — La *largeur*, représentée par une ligne tirée de l'un des bords de cet organe à l'autre, à la base des ventricules, mesurée chez huit sujets, a donné trois pouces sept lignes et demie, d'où il suit que la largeur, ou le diamètre transversal, l'emporte très peu sur la longueur ou le diamètre vertical. — L'*épaisseur*, représentée par une perpendiculaire menée de la face antérieure à la face postérieure de l'organe, à la base, dans le sillon qui sépare les deux ventricules, mesurée chez six sujets, a donné pour moyenne un pouce onze lignes un sixième. — L'*épaisseur des parois du ventricule gauche*, à la base, mesurée chez dix sujets, six lignes et demie. — L'*épaisseur des parois du ventricule droit*, à la base, prise chez dix sujets, deux lignes trois cinquième.

Il paraît à M. Bouillaud, d'après des faits très nombreux qu'il pourrait rapporter, que pour les adultes l'épaisseur des parois des ventricules, terme moyen, peut être évaluée ainsi qu'il suit :

Ventricule gauche, sept lignes.

Ventricule droit, deux lignes et demie.

M. Cruveilhier aurait donc porté trop loin l'épaisseur du ventricule droit, en fixant sa moyenne à quatre ou cinq lignes, et aurait trop limité celle du ventricule gauche en la portant à six lignes.

L'*épaisseur de la cloison inter-ventriculaire*, mesurée chez un sujet seulement, a été trouvée de onze lignes. — L'*épaisseur des parois de l'oreillette gauche*, mesurée sur quatre sujets, a donné pour moyenne une ligne et demie ; *celle de l'oreillette droite*, une ligne. Ce résultat est tout-à-fait contraire à celui qui a été rapporté par M. Lobstein.

La *capacité de l'oreillette droite* est supérieure à celle de l'*oreillette gauche*. La *capacité du ventricule droit* est également supérieure à celle du *ventricule gauche* ; mais, suivant les observations de M. Bouillaud, cette différence est assez faible.

La *circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche*, mesurée chez trois sujets, a donné comme moyenne trois pouces six lignes un tiers ; la *circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire droit*, trois pouces dix lignes. — La *circonférence de l'orifice ventriculo-aortique*, mesurée chez quatre sujets, a donné deux pouces cinq lignes et demie ; la *circonférence de l'orifice ventriculo-pulmonaire*, mesurée chez quatre sujets, deux pouces sept lignes trois quarts.

La hauteur de la valvule tricuspide, mesurée chez trois sujets, a donné pour moyenne neuf lignes. — *La hauteur de la valvule mitrale*, huit lignes. — *La hauteur des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire*, cinq lignes et demie. — *La hauteur des valvules semi-lunaires de l'aorte*, cinq lignes deux tiers.

Il nous semble moins important de rapporter ici les résultats fournis par les cœurs à l'état pathologique qu'on peut se figurer davantage tant dans le sens de l'atrophie que dans celui de l'hypertrophie. C'est d'ailleurs le type normal qu'il faut avoir devant les yeux pour une juste appréciation des faits d'anatomie pathologique.

Comme on sait, il y a toujours une portion de la face antérieure du cœur qui n'est pas recouverte par le poumon, et l'étendue de cette portion du cœur peut être appréciée par la percussion de la région précordiale, ainsi que la pratiquaient Avenbrugger et Corvisart. Selon

les recherches répétées de M. Bouillaud, la portion mate de la région précordiale correspond avec une admirable exactitude à la portion du cœur non masquée par le poumon. Elle est très généralement d'un pouce et demi à deux pouces carrés.

Mouvemens du cœur. — Le choc du cœur contre la poitrine, pendant la systole ventriculaire, ne peut, selon M. Bouillaud, admettre les trois causes que lui assigne Senac, savoir : 1° la dilatation des oreillettes qui se fait pendant la contraction des ventricules; 2° la dilatation de l'aorte et de l'artère pulmonaire par suite de l'introduction du sang que les ventricules y ont poussé; 3° le redressement de la crosse de l'aorte par l'effet de la contraction du ventricule gauche. — Il lui semble « que « cette sorte de mouvement de bascule de la « pointe du cœur s'explique par la disposition « même des fibres contournées du cœur. En ef- « fet, les fibres prenant leur point fixe aux zo- « nes tendineuses de la base de cet organe, ne « doivent-elles pas, en se raccourcissant, im- « primer un mouvement de redressement et de « soulèvement à la pointe, qui est pour ainsi « dire l'extrémité mobile du levier que repré- « sente le cœur. » — M. Bouillaud oppose aux causes données par Senac que le mouvement de soulèvement et de redressement de la pointe du cœur persiste après que le cœur a été coupé et posé sur une table, c'est-à-dire lorsque les oreillettes ne peuvent plus se dilater par l'abord du sang, et que l'artère pulmonaire et l'aorte coupées sont incapables de se dilater ni de se redresser.

Bruits du cœur. — L'auteur traite successivement et avec étendue des bruits normaux et des bruits anormaux du cœur.

A l'état normal, si on applique l'oreille sur la région précordiale, le cœur fait entendre deux bruits successifs imitant assez exactement le tic-tac d'une montre ou le double claquement d'une soupape, dont le premier, plus sourd, plus prolongé que l'autre, est isochrone au choc du cœur contre la région précordiale, au pouls et conséquemment à la systole ventriculaire. Il est incroyable qu'on ait pu soutenir que ce premier bruit sourd n'était point isochrone au pouls et correspondait à la dilatation ventriculaire. —A l'état normal, on ne peut point distinguer le bruit des cavités droites du bruit des cavités gauches. —Le premier bruit, le bruit sourd, a son maximum d'intensité immédiatement au dessous et en dehors du sein, dans le point correspondant à la valvule mitrale et à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le maximum d'intensité du deuxième bruit, du bruit *clair*, est immédiatement au dessus et en dedans du sein, dans le point correspondant aux valvules sygmoïdes. — M. Bouillaud ne croit pas que, comme le prétend Laennec, l'espace dans lequel on peut entendre les bruits du cœur à l'aide du cylindre, puisse être quelquefois restreint à un pouce carré. Il avance encore, contre l'opinion de l'auteur de l'auscultation médiate, que chez les enfans et les sujets maigres les bruits du cœur peuvent être entendus non seulement derrière le sternum et jusque sous la clavicule droite, mais encore dans toute l'étendue de la poitrine. — Les bruits du cœur peuvent-ils être entendus à une certaine distance de la poitrine? M. Bouillaud pense qu'ils peuvent être entendus à quelque distance des parois de la poitrine, mais il regarde comme exagéré ce que dit Laennec de bruits cardiaques entendus à la distance de plusieurs pas, et même *d'une chambre voisine.*

M. Bouillaud discute les différentes théories qui ont été données pour expliquer les différens bruits du cœur, et qui peuvent se réduire à quatre : 1° Dans la première, les bruits du cœur sont expliqués par la contraction et par la dilatation *active* des ventricules (M. Marc d'Espine), ou par la contraction alternative des ventricules et des oreillettes (Laennec); 2° dans la deuxième, les bruits du cœur sont attribués au frottement du sang, soit contre les parois ventriculaires seulement (M. Hope), soit au frottement contre les parois ventriculaires pour l'un des bruits, et contre les parois artérielles pour l'autre (M. Pigeaux); 3° dans la troisième, c'est au double choc du cœur contre les parois de la poitrine qu'est rapporté le double bruit du cœur (M. Magendie); 4° dans la quatrième enfin, la cause du phénomène est placée dans le jeu des valvules.—C'est cette dernière théorie qu'adopte M. le professeur Bouillaud, après avoir longuement et judicieusement discuté les autres. A quelques modifications près, il admet les idées que M. le docteur Rouanet a développées dans sa thèse inaugurale, idées suivant lesquelles le premier bruit, le bruit *sourd*, dépend du rapprochement des valvules auriculo-ventriculaires pendant la systole ventriculaire; et le second bruit, le bruit *clair*, du choc en retour du sang contre les valvules sygmoïdes.

Voici l'exposition précise du jeu valvulaire qui, selon M. Bouillaud, préside à la production du double bruit du cœur :

Premier bruit. — *Contraction des ventricules.* — 1° « Redressement brusque, instan- « tané des valvules auriculo-ventriculaires qui « se choquent par leurs faces opposées. — « 2° Abaissement soudain des valvules sygmoï- « des, de l'aorte et de l'artère pulmonaire par « la colonne sanguine que la contraction ven- « triculaire lance dans ces artères à travers les « orifices ventriculo-aortique et ventriculo- « pulmonaire. »

Second bruit. — *Dilatation des ventricules.* — 1° « Redressement des valvules sygmoïdes « attirées par la tendance au vide pendant la « diastole, et repoussées par la réaction de « l'aorte et de l'artère pulmonaire, choc des « faces opposées de ces valvules pendant leur « adossement. — 2° Abaissement soudain des « valvules auriculo-ventriculaires par suite de « l'attraction qui accompagne la diastole ven- « triculaire, et aussi en raison de la systole au- « riculaire qui, de concert avec la dilatation « ventriculaire, fait pénétrer le sang dans les « ventricules à travers les orifices auriculo- « ventriculaires. »

M. Bouillaud reproche à M. Rouanet : pour le premier bruit, de ne tenir aucun compte du brusque refoulement des valvules sygmoïdes contre les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire; pour le second bruit, de ne tenir aucun compte de l'abaissement soudain des valvules auriculo-ventriculaires qui s'opère en

même temps que le redressement des sygmoïdes. — Quant aux partisans du frottement, M. Bouillaud leur accorde que le bruit du frottement de la colonne sanguine qui traverse les orifices artériels et les orifices auriculo-ventriculaires peut exister, mais que, s'il existe, il se perd dans le bruit valvulaire.

A l'article *battemens du cœur à l'état normal*, M. Bouillaud s'occupe particulièrement de l'*ébranlement vibratoire ou frémissement cataire*, qui accompagne quelquefois les battemens du cœur. Corvisart a été le premier à observer ce phénomène qu'il signale ainsi : « Bruissement particulier, difficile à décrire, « sensible à la main appliquée sur la région « précordiale ; se reconnaissant aussi, mais « d'une manière bien moins marquée, par la « main qui interroge les caractères du pouls. » M. Laennec l'a comparé au « frémissement qui « accompagne le murmure de satisfaction que « font entendre les chats quand on les flatte de « la main. » On est étonné que Corvisart, qui a signalé le frémissement de l'artère radiale, n'ait point parlé du frémissement des grosses artères. Ce frémissement vibratoire des grosses artères n'accompagne pas toujours celui du cœur, et réciproquement; il coïncide presque constamment avec divers ronflemens des artères, dont une des principales variétés a été désignée par M. Bouillaud sous le nom de *bruit ou ronflement de diable*, à cause de l'analogie de ce bruit artériel avec le bruit du jouet que l'on appelle *diable*. M. Bouillaud pense aujourd'hui, comme en 1823, d'après des observations répétées, que le frémissement cataire, dans le cas où il coïncide avec le rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur, dépend du frottement exercé par la colonne sanguine contre les bords de l'orifice rétréci; et, de plus, que ce frémissement reconnaît pour cause à peu près constante, le rétrécissement d'un orifice du cœur. Il y ajoute toutefois une cause qu'il a observée depuis peu : le frottement des parois opposées du péricarde devenues inégales, rugueuses, à la suite d'une péricardite.

Des bruits du cœur à l'état anormal.—Outre les modifications d'intensité et de timbre que peuvent subir les bruits valvulaires du cœur, ils peuvent être remplacés par divers bruits ou cris accidentels, tels que ceux de soufflet, de râpe, de scie ou de lime, de sifflement, de roucoulement, etc. Les principales questions que M. Bouillaud se propose de résoudre au sujet du bruit de soufflet en général, et de chacune de ses espèces en particulier, sont celles-ci : 1° Le bruit de soufflet du cœur est-il dû, constamment et dans tous les cas, à une seule et même cause? Ne peut-il pas, au contraire, s'opérer sous l'influence de plusieurs causes différentes?

2° Quelle est la cause unique et constante, ou quelles sont les causes diverses qui produisent le bruit de soufflet?

3° Quelles sont les causes qui déterminent telle ou telle espèce, telle ou telle nuance du bruit de soufflet?

La réponse aux deux premières questions se trouve dans les faits suivans : M. le professeur Bouillaud a vu le bruit de soufflet coïncider, 1° avec des concrétions sanguines formées dans le cœur, évidemment avant la mort; 2° avec un orifice aortique plus étroit que d'ordinaire, bien que les valvules sygmoïdes fussent saines; 3° avec des valvules recouvertes de végétations plus ou moins nombreuses, incrustées de plaques calcaires ou cartilagineuses; 4° avec des valvules auriculo-ventriculaires, que des adhérences cellulo-fibreuses aux parois du cœur rendaient incapables de se redresser complétement, et par conséquent *insuffisantes*; 5° avec des orifices cardiaques dilatés, sans agrandissement proportionnel des valvules, ce qui rendait celles-ci nécessairement insuffisantes; 6° avec des hypertrophies considérables du ventricule gauche, accompagnées de dilatation de sa cavité; 7° avec l'état nerveux et anémique des chlorotiques; 8° une fois, mais passagèrement, avec un état d'exsanguité et de syncope produit par une abondante hémorrhagie.

Sans prétendre résoudre complétement et définitivement la troisième question, celle des causes qui déterminent telle ou telle nuance du bruit de soufflet, M. Bouillaud établit, 1° que ce n'est que dans les rétrécissemens des orifices du cœur par induration des valvules que l'on entend, au lieu du claquement valvulaire, les variétés de bruit de soufflet, désignées sous les noms de bruit de *râpe*, de *scie*, de *lime*, de *rouet*, celle que l'on a appelée *sifflement* ou *sibilus musical* du cœur; 2° que le bruit de *soufflet* proprement dit, dans les cas de rétrécissement *organique* des orifices du cœur, paraît coïncider avec une induration des valvules plutôt fibreuse ou fibro-cartilagineuse, qu'osseuse ou crétacée, avec un rétrécissement médiocre plutôt qu'avec un rétrécissement extrême des orifices, avec des contractions ventriculaires d'une force moyenne, plutôt qu'avec des mouvemens d'une énergie considérable; 3° et réciproquement que les bruits de *râpe*, de *lime*, de *scie*, correspondent plutôt à des indurations osseuses ou crétacées, à une disposition inégale, rugueuse, raboteuse de la surface sur laquelle frotte la colonne sanguine; avec un rétrécissement considérable des orifices du cœur; avec des mouvemens forts et tumultueux de cet organe; 4° enfin, que le *sifflement* ou *sibilus musical* du cœur ne paraît être que le ton le plus aigu du bruit de soufflet, et suppose à peu près les mêmes conditions portées à leur degré extrême.

Quelquefois M. Bouillaud a trouvé le *double* bruit du cœur remplacé par un *triple* ou un *quadruple* bruit, et, coïncidemment, le *double* choc contre la poitrine par un *triple* ou un *quadruple* choc : c'a toujours été dans des cas de rétrécissement de quelque orifice avec induration des valvules, accompagnés ordinairement des suites d'une péricardite.

D'autres fois le bruit du cœur paraît *simple* au lieu d'être *double* : ceci tient alors à ce que le premier bruit se prolonge de façon à se confondre avec le deuxième, ou à ce que les mouvemens du cœur sont d'une extrême faiblesse et que le deuxième bruit cesse d'être distinct.

Après les bruits du cœur dont nous venons de parler, nous voyons encore analyser avec soin le *bruit du tintement métallique* produit par le choc du cœur contre les parois thoraciques; puis, les bruits anormaux produits par

le glissement réciproque des surfaces opposées du péricarde, l'une contre l'autre, à savoir : le *bruit de frottement péricardique, le bruit de tiraillement et de craquement ou bruit de cuir neuf, et le bruit de râclement.*

M. Bouillaud passe ensuite aux bruits des artères. Laennec avait réuni toutes les anomalies du bruit des artères dans le genre bruit de soufflet dont il admettait deux variétés : le *bruit de soufflet proprement dit* et le *bruit de soufflet sibilant ou musical.* M. Bouillaud distingue le *bruit de soufflet ordinaire et intermittent*, le *bruit de soufflet continu ou à double courant*, le *bruit ou ronflement de diable*, et enfin le *sifflement modulé* ou *chant* des *artères.*

Le bruit que M. Bouillaud appelle *bruit de diable* lui paraît une nuance plus forte et plus élevée du bruit de soufflet à double courant ; sa dénomination lui vient de *sa ressemblance avec le bruit que l'on produit en fouettant cet instrument vulgaire connu sous le nom de diable.* « Il a son siége favori dans les artères carotides et sous-clavières. On l'entend à son maximum en appliquant le stéthoscope au dessus de la partie interne de la clavicule. » Le *sifflement modulé* ou *chant* des *artères* que M. Laennec a signalé et étudié, est une nuance aiguë du bruit de diable, comme celui-ci était une nuance du bruit de soufflet à double courant. M. Bouillaud a observé un grand nombre de fois le *bruit de diable* et le *sifflement modulé*, et il a fait cette remarque importante que tous les sujets qui les lui présentaient étaient chlorotiques ou dans des circonstances semblables à celles dans lesquelles place la chlorose. Dans ces cas, les battemens du cœur sont ordinairement assez étendus, et le bruit qui les accompagne plus clair que de coutume. La remarque de la coïncidence du *bruit de diable* ou du *sifflement* des artères avec la chlorose est devenue pour M. le professeur Bouillaud de la plus haute importance pour distinguer les maladies organiques du cœur de la chlorose, qui les simule quelquefois par quelques uns de ses symptômes. Un grand nombre de malades qui se sont ainsi offertes à la clinique avec de prétendues maladies organiques du cœur, et dont les artères carotides et sous-clavières faisaient entendre distinctement ce bruit de diable, ont été promptement guéries de leur chlorose par l'administration des préparations ferrugineuses.

H. Gouraud,

Professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris.

ATLAS HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE DE LA MÉDECINE, *ou histoire de la médecine composée de tableaux sur l'histoire de l'anatomie, de la physiologie, de l'hygiène, de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, de la matière médicale, de la pharmacie, de la médecine légale et de la police médicale et de la bibliographie*, par Casimir Broussais *docteur médecin, etc. etc. etc. Chez J.B. Baillière*, 1834.

C'est une heureuse idée que celle d'avoir dressé des tableaux synoptiques pour l'histoire de l'art de guérir et de toutes ses branches. C'est aussi un devoir de la part de celui qui se charge d'annoncer une œuvre de ce genre et qui s'est imposé la tâche délicate de déclarer, après mûr examen, ce qu'il en pense, soit bien, soit mal, d'indemniser avant tout, par de douces paroles et un juste hommage de louanges, l'auteur qui a eu le courage d'être utile pour le seul plaisir de l'être. Car le travail de M. C. Broussais est de ceux qui sont plus profitables à la science et aux lecteurs qu'à l'amour-propre, et à la soif de la renommée, à la gloire de leur auteur malgré le temps et la peine qu'ils ont dû lui coûter ; qui accomplissent leur destinée sans éclat, sans retentissement, sans cette lutte d'éloges et de critique, de discussions pour et contre pendant laquelle un nom se popularise bien vite, et qui, quelque périlleuse qu'elle soit, sert si heureusement les intérêts de ce nom.

L'utilité incontestable de cet ouvrage, c'est le goût qu'il peut inspirer pour l'étude de l'histoire de la médecine ; car ce goût, la fatuité de l'école de Paris l'a fait perdre si étrangement, que ses élèves ignoreraient jusqu'aux noms des Stahl, des Sydenham, des Hoffmann, des Van-Swieten, etc. etc... si ces noms immortels n'avaient pas été identifiés par l'usage avec ceux de certaines préparations pharmaceutiques que toute bouche prononce ; et qu'elle-même courrait grand danger de ne plus se souvenir d'Hippocrate si elle n'en retrouvait pas quelquefois la vénérable image en bas de ses actes et sur les livres de sa bibliothèque !

M. C. Broussais ne revendique pas pour lui la conception de ses tableaux synoptiques. Elle appartient au docteur Choulant de Dresde dont la première publication remonte à 1822. « Le travail de ce médecin, dit l'auteur, se compose de douze tableaux sur les différentes branches de la médecine et la bibliographie ; ces tableaux sont divisés par époques, et à chacun d'eux se rattachent, 1° un coup d'œil sur chaque époque, 2° la liste des ouvrages des auteurs cités, et 3° celle des écrits relatifs à l'histoire de la branche spéciale dont il s'agit. Il semblerait d'après cela, que nous n'ayons eu qu'à copier l'auteur allemand, et cependant nous avons fait toute autre chose. En effet, d'abord ce dernier s'est borné à présenter dans chaque tableau une série chronologique de noms d'auteurs, *sans aucune indication de leurs travaux* ; en second lieu, non seulement il a isolé de ce tableau nominatif le coup d'œil historique qui s'y rapporte, mais encore il n'a point fait ressortir, dans ce coup d'œil, la marche générale ni les progrès successifs de la science, et s'est contenté pour chaque époque, de la citation de quelques faits principaux.

Ce n'est point ainsi, continue M. C. Broussais, que nous avons conçu notre travail, et notre but était tout différent de celui du docteur Choulant. Citer des noms et des titres, nous a paru la chose du monde la plus stérile et la plus vaine ; ce sont les travaux de chaque homme marquant qu'il nous importait de signaler ; c'est l'enchaînement des découvertes, la progression de la science, que nous avions à cœur de faire connaître ; tel est le plan que nous nous sommes tracé, etc. etc. »

Et pour vivifier ce cadavre de l'histoire, pour donner du sens et du lien à cette aride chronologie, faire parler ces époques muettes dans les tableaux de Choulant, M. C. Broussais s'est inspiré à l'*Examen des doctrines médicales*; « C'est surtout sur cette œuvre monumentale qu'il a modelé son analyse critique, il s'est éclairé des traits de lumière qui ont jeté sur l'histoire de la médecine un nouveau jour, une clarté inconnue. »

A Dieu ne plaise que, nous aussi, nous n'admirions pas l'*Examen des doctrines*, que nous ne le saluions pas comme *une œuvre monumentale!* Mais nous craindrions en nous y inspirant avec trop d'abandon, d'exploiter l'histoire de la médecine au profit d'une seule idée, de sacrifier l'autorité séculaire des temps et des génies que l'observation rajeunit tous les jours, à la domination déjà vieillie, d'un moment et d'un génie dont la trace profonde ne s'effacera jamais sans doute, mais qui n'est qu'une épreuve forte, mémorable, pleine de leçons fameuses qu'a dû subir la science de l'homme malade avant de s'asseoir sur les bases posées il y a plus de deux mille ans par son véritable fondateur.

M. C. Broussais a, dans ses tableaux synoptiques de l'histoire des différentes branches de l'art de guérir, fait un bel usage, une heureuse application de la synthèse et de l'analyse alternativement combinées. Ainsi, en prenant pour exemple le tableau qui représente l'histoire de la médecine proprement dite ou de la pathologie interne, l'auteur commence dans une première colonne par jeter un coup d'œil en grand sur l'ensemble de cette histoire. C'est la substance très condensée, ce sont les traits les plus importans, les masses les plus caractéristiques de ce corps immense et infiniment complexe qui va dans un instant être décomposé par l'analyse. Ces époques culminantes ne sont pas simplement juxta-posées sans autre moyen d'union que l'ordre des dates; l'auteur s'est surtout attaché à les lier par leurs rapports philosophiques, tirés et de leurs influences les unes sur les autres et de leurs dépendances plus ou moins immédiates des systèmes philosophiques, des découvertes physico-chimiques, anatomiques et physiologiques qui leur correspondent; en un mot, il a donné un sens, une interprétation à cette esquisse historique. L'esprit, préparé par cette vue d'ensemble, passe dans une seconde colonne à des groupes isolés, plus nombreux, plus détaillés, où il étudie des phases bien déterminées, pénètre plus avant dans l'intérieur des événemens, suit à grands pas la marche de la science à travers les systèmes et les découvertes depuis telle époque marquée par l'apparition de tel ou tel grand homme jusqu'à telle autre de progrès ou de décadence, etc. etc.... La connaissance synthétique qu'il a d'abord acquise, le guide dans cet examen analytique et le fait assister avec plus d'intérêt à la succession des choses particulières, comme à son tour il trouve déjà dans cette dernière étude la justification du sens général renfermé dans la première colonne. Enfin, plus loin, ces groupes secondaires eux-mêmes vont se divisant et se subdivisant. Chaque homme avec sa physionomie scientifique, chaque progrès avec son importance, chaque fait nouveau avec son caractère d'utilité ou de dommage, chaque déviation avec sa cause et ses résultats, etc.... viennent se placer sous le titre du pays où ils sont nés et se sont développés, à côté de la date de leur apparition ou de leur plus grand éclat, etc. etc....

Mais il faut faire sortir l'âme de l'histoire de cette multitude éparse d'élémens dissociés par l'analyse, s'élever à la synthèse par un chemin inverse de celui qui vient d'être parcouru. Cette opération si difficile et dont ne sont pas capables toutes les intelligences, parce qu'elle exige l'action de la faculté philosophique qui est la plus belle prérogative de l'esprit humain, cette opération, ou plutôt son moyen et son résultat, sont pour ainsi dire matérialisés dans nos tableaux synoptiques. Il ne s'agit que de remonter des dernières colonnes aux premières, des objets de détail aux grandes coupes et enfin à cette vue d'ensemble, à cette base d'où on est parti et qui résume tout. Alors seulement on peut en comprendre le sens complet, rectifier ce sens ou l'étendre, l'accepter ou le refuser: alors seulement on sait l'histoire.

C'est là la bonne méthode, la méthode naturelle que suit invariablement l'esprit dans l'acquisition de toutes les connaissances, et la médecine dans son origine, ses développemens, son terme n'a pas échappé et n'échappera pas à cette loi générale.

Il y a eu d'abord un homme, un génie comme inspiré qui a posé tous les grands principes et formulé une foule de lois secondaires et fécondes : voilà la synthèse. Puis l'analyse s'en est emparée, l'a mise à l'épreuve de l'observation de tous les siècles et de tous les pays, de tous les hommes et de tous les systèmes, et déjà plusieurs fois elle est sortie triomphante de ces épreuves, et plus forte. Mais le cours progressif des sciences, le perfectionnement des moyens d'observation, etc..... nous ont engagé de nouveau dans la voie analytique, et nous semblons approcher des bornes les plus reculées de cet indispensable examen que je regarde comme l'analyse de la première synthèse à laquelle on reviendra par voie d'induction après s'en être éloigné, ou plutôt l'avoir vérifié par voie de déduction. Oui : j'ai assez de foi en l'avenir, pour espérer que toutes nos découvertes, nos recueils immenses de faits, de recherches isolées, d'admirables perfectionnemens, tendent et tendront de plus en plus vers cette synthèse jetée d'abord par Hippocrate et qui est la terre promise de notre science.

Je ne saurais trop recommander la lecture de l'Atlas historique de M. C. Broussais à tous les étudians. A ceux qui ignorent, il servira d'introduction nécessaire à un étude plus approfondie et pourra suffire à un grand nombre. A ceux qui savent déjà il rappellera les connaissances, comblera les lacunes, résumera rapidement la science historique, et rien ne leur sera plus commode pour s'assurer d'une date douteuse, d'une priorité contestée que de consulter la bibliographie de chaque partie de la médecine. Nous y avons puisé nous-même beaucoup d'instruction.

H. Pidoux.

—

ELÉMENS GÉNÉRAUX DE L'ART DE GUÉRIR, *ou Abrégé de médecine théorique et pratique d'après l'observation, par* J. Ignace Bolu-Grillet, *docteur en médecine, ancien professeur d'histoire naturelle, etc., etc.; 1 vol. in-8°, deuxième édition, chez J. B. Baillière,* 1834.

Ce livre a sa valeur, son intérêt, son opportunité, et je trouve difficile de dire pourquoi et dans quelles limites. Cet intérêt sera dédaigné, cette opportunité méconnue par ceux qui ne pourraient pas clore une phrase médicale sans y intercaler ces paroles gourmandes : *L'état actuel de la science.* Or, l'état actuel de la science, qu'on ne s'y trompe pas, consiste à placer en premier ordre des objets de secondaire importance, objets pourtant que nous sommes si loin de déprécier, que nous avons la conscience de les mieux priser et utiliser que ne le font leurs maladroits enthousiastes, qui, en voulant leur donner trop de crédit, et les placer avant les véritables valeurs de la science, les frappent de stérilité, comme l'est un zéro qu'on a mis devant une quantité numérique. En reléguant au second rang ces matériaux subalternes, nous transposons le zéro devenu alors un élément considérable. C'est ce malentendu qui forme le caractère distinctif de notre époque.

Quoi qu'il en soit, voici un travail dont nous sommes obligés de ne pas trop recommander la lecture à ceux qui font les premiers pas dans les études médicales. Il est loin d'être complet, suffisant et propre à satisfaire l'esprit; l'auteur aussi bien n'a pas eu la prétention d'en faire un traité de pathologie, car ce livre, empressons-nous de le dire, est en arrière sur une foule de points, et il convient de montrer aux élèves la science ce qu'elle est, en mettant surtout les objets à leur place, en développant les principes et déroulant la suite des découvertes d'après la hiérarchie de leur importance véritablement médicale et pratique, d'après leur pouvoir de fécondation et de généralisation. Mais je voudrais que les étudians et les médecins déjà habitués à la méditation et à l'assimilation des élémens cliniques et littéraires de notre art, prissent la peine de s'arrêter un instant à l'œuvre consciencieuse et toute pratique de M. Bolu-Grillet. Ils verraient une science simple, rude, sans fard et sans embarras, comme on nous représente la vérité par opposition à la fable, une médecine un peu vêtue à la grecque, encore dans l'état de force et de demi-nudité où nous l'ont laissée les observateurs hippocratistes des siècles derniers, sauf quelques souillures iatro-chimiques et plusieurs explications erronées dont a heureusement fait justice l'esprit de doute et d'analyse du dix-neuvième siècle; mais médecine forte, large et puissante, adulte et vigoureuse, car la moderne est un peu puérile et énervée à force de recherches dans les hors-d'œuvre et les objets de curiosité, à force de zèle et de complaisance pour les infiniment petits.

M. Bolu-Grillet esquisse à grands traits les caractères nosologiques de chaque affection; puisant surtout sa séméiologie dans la nature des modificateurs de la vie, dans leurs rapports de causalité connus par l'observation avec telle ou telle forme de réaction organique; la puisant dans la considération des âges et des maladies qui leur sont presque nécessairement dévolues; en un mot, la tirant presque tout entière de l'étude de la vie luttant avec la maladie, de ce que les anciens auteurs de pathologie générale appelaient *vita superstes;* mais négligeant trop la séméiotique organique, ne mettant pas assez à profit les ingénieuses et brillantes acquisitions qui viennent avec des importances différentes et relatives à la nature et au siége de la maladie, ou plutôt de la partie malade, compléter et affermir notre diagnostic. (Cette appréciation de la valeur relative des élémens du diagnostic organique, sera faite avec soin et étendue, selon une espèce d'échelle, et pour toutes les classes de maladie, dans la dernière partie du Mémoire que j'ai commencé dans ce Journal, *sur les véritables sources du diagnostic.*)

Les détails nécroscopiques s'y font aussi souvent regretter, mais la faute n'en est guère à l'auteur, qui ne rapporte d'observations que de sa pratique particulière. En revanche, l'étiologie est instructive et vraie; on peut y lire quelques excellentes pages d'une symptomatologie fortement tracée, symptomatologie sachant articuler des caractères et des différences, donnant à la maladie son *facies*, symptomatologie concise, essentielle, suffisante, faisant tableau et se gravant dans la mémoire, parce qu'elle n'attribue pas tout à tout comme la symptomatologie diffuse, équivoque et surchargée de quelques auteurs modernes; manière qui, pour atteindre l'ecclectisme et une exactitude mal comprise, va droit aux ténèbres du scepticisme, à la confusion des objets et à une véritable démoralisation scientifique! Je ne prétends pas qu'il faille dans ses descriptions n'offrir que les types et construire des cadres tellement inextensibles, qu'il ne s'y trouve plus de place pour les variétés, les nuances, les exceptions, les complications, les formes larvées, latentes, en un mot, tout ce que peut emprunter une maladie aux circonstances constitutionnelles, idiosyncrasiques, épidémiques, aux élémens si changeans, si imprévus de la vie et des choses non naturelles; mais je dis qu'il y a une manière, un talent particulier de peindre la nature malade, de façon à ne pas effacer les descriptions générales par les exceptions; une manière de mettre en saillie les unes par les autres, même d'en plus profondément pénétrer le caractère générique de l'affection, et de faire servir à l'intelligence plus élevée de la chose, ce qui semblait plutôt capable d'en obscurcir l'idée et de désespérer l'esprit. Pierre Frank, Stoll et Selle de Berlin, me semblent des modèles en ce genre difficile.

Les faits les plus variés, les plus dignes d'être lus et médités, ne manquent pas à l'ouvrage de M. Bolu-Grillet, et c'est de cette abondance d'observations souvent frappantes, toujours bien choisies et pleines d'*à-propos*, qu'il tire surtout son caractère d'utilité. Chacun sait combien est méritoire et laborieuse la lecture de nos ouvrages modernes, à cause de l'abondance indigeste et de la stérile prolixité de

leurs observations; et puis, imperfection bien caractéristique que j'ai déjà signalée quelque part dans ce Journal, si épuisé et découragé par cette lecture, vous croyez trouver dans les réflexions qui suivent ordinairement chaque fait, un peu d'âme et de pensée, quelque saveur du fruit de la science : nouvelle déception..... ces réflexions ne vous donnent autre chose que la répétition abrégée de l'observation froide et sans vie que vous venez de traverser; c'est le fait lui-même, en raccourci et tel souvent qu'on aurait dû vous le présenter d'abord. C'est qu'il y a, encore une fois, une manière d'observer et de peindre qui n'appartient pas à tous; c'est qu'il ne suffit pas d'être dessinateur exact, mais *artiste*, c'est-à-dire pénétré du sentiment de ce qui est *le vrai* dans son art.

Pour revenir à mon analyse, je dis que toutes les observations dont l'auteur a rempli son livre, ne sont pas entachées du vice et de l'infécondité contre lesquels je viens de me récrier, et qu'elles se liront avec profit, celles surtout qui peuvent se passer du secours de l'anatomie pathologique. Quant à celles où manque ce complément indispensable, elles ont encore leur intérêt, quand ce ne serait que pour montrer fidèlement ce que cette branche importante des sciences médicales a ajouté à nos connaissances théoriques et pratiques, sa valeur absolue et relative dans la formation du diagnostic et du pronostic, etc., etc.

La forme du livre que je recommande aux praticiens, en a souvent gâté le fond. Il y règne presque continuellement une emphase puérile et un ton de dénigrement à tout propos contre la doctrine physiologique. Ces déclamations remaniées et usées, contrastent désagréablement avec le sens droit et simple de l'auteur. Je sais bien qu'il appuie de faits ses récriminations monotones, mais je sais aussi que ses accusations portent quelquefois à faux; c'est aux élèves de M. Broussais qu'il faut s'en prendre le plus souvent : je ne crains pas de le dire, et certes on ne me soupçonnera pas de physiologisme et de prévention systématique en sa faveur. Je veux seulement constater un fait, exprimer une conviction, et je prends d'avance mon parti sur les sourires d'incrédulité et peut-être d'un sentiment moins bienveillant, qu'excitera sans doute cette opinion : C'est que *la doctrine véritable et complète* du célèbre professeur, n'a été encore, par personne que je sache, saisie dans l'essence de ses propositions fondamentales, *et surtout* comprise dans tout l'esprit de ses développemens.

H. Pidoux.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

REVUE MÉDICALE.

(*Janvier et Février* 1836.)

Les articles de ces deux numéros sont :

1° Coup d'œil sur les progrès de l'année 1835; — 2° Introduction à la thérapeutique naturelle, par le docteur *Lagasquie*; — 3° Relevé des maladies observées à l'Hôtel-Dieu dans les salles de clinique interne de la Faculté pendant les mois de septembre et octobre 1835 (service de M. Chomel, M. Bayle, suppléant), par M. *Vinsot*; — 4° Observation d'une angio-leucite, traitée inutilement par les émissions sanguines, guérie par la compression, par le docteur *Lemoine*; — 5° Quelques réflexions sur l'état actuel de la science, et en particulier de la physiologie et de la médecine, par le docteur *Fuster*; — 6° Observation sur une maladie composée d'une paralysie de la langue, d'un embarras gastrique, d'une pleurésie et d'une fièvre intermittente double tierce, suivie de quelques considérations sur les paralysies en général et sur la paralysie gastrique en particulier, par le docteur *Golfin*. Les réflexions du docteur *Golfin* tendent à montrer que, depuis quelques années, les praticiens sont trop préoccupés de l'idée que toute congestion cérébrale doit être directement combattue par les antiphlogistiques. Fort souvent, au contraire, cette congestion, quelque réelle qu'elle soit, dépend symptomatiquement ou sympathiquement de quelque *élément* morbifique, dont l'économie doit d'abord être débarrassée par les évacuans, les anti-périodiques, etc.; — 7° Recherches sur les propriétés fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium, par le docteur *Gouzée*; — 8° Note sur la cure des ganglions anciens par la ponction, l'évacuation du liquide qu'ils contiennent, et la compression, par le docteur *Chailly*.

Depuis un an ou deux, les rédacteurs de la *Revue Médicale* ont imaginé de placer un article *philosophique* en tête de chacun de leurs numéros. On pouvait croire d'abord à une bonne et ferme intention de traiter gravement la *philosophie* de la science, et le journal ayant pris le titre de *Journal des progrès de la médecine hippocratique*, il était permis de s'attendre à quelques travaux qui missent la grande pensée d'Hippocrate en harmonie avec les observations modernes. Ce nous eût été un bonheur que de reproduire pour nos lecteurs quelque chose de sérieux et de digne qui eût été conçu dans cet esprit, quelque chose de réellement hippocratique. Mais il s'en est allé bien autrement : la *Revue Médicale*, par ses redites banales et perpétuelles, compromettrait les idées hippocratiques, si elles pouvaient être compromises. C'est avec un découragement profond que nous lisons cette série de *coup d'œil*, d'*introductions*, de *réflexions*, de *considérations*, qui ne nous apprennent rien et qui n'ont pas même pour se faire excuser quelque mérite de style. Prenez un certain nombre de mots, comme : *force vitale*, *nature médicatrice*, *systèmes exclusifs*, *anatomismes*, *physiologismes*, *préjugés*, *idées préconçues* etc.; quelques noms d'auteurs, comme : *Hippocrate*, *Arétée*, *Sydenham*, *Baglivi*, *Stoll*, etc.; combinez, à peu près comme il vous plaira, ces quelques mots et ces quelques noms, et vous aurez un article *philosophique* de la *Revue*, celui de janvier ou de juillet, d'août ou de mars : car tous se ressemblent. Il nous est impossible de découvrir à quoi peut servir une pareille *philosophie*; mais, nous sommes patiens : nous attendrons.

Propriétés fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium, par le docteur Gouzée, *médecin en chef de l'hôpital d'Anvers.*

Le docteur Gouzée, après avoir rapporté plusieurs observations de fièvres intermittentes traitées par le chlorure d'oxide de sodium, déduit de ses recherches les corollaires suivans :

1° Le chlorure d'oxide de sodium a réellement des propriétés fébrifuges ;

2° Il est loin, toutefois, d'offrir les effets sûrs et énergiques du sulfate de quinine ;

3° Il ne peut donc pas remplacer le sulfate de quinine dans tous les cas où ce sel est indiqué dans les fièvres périodiques ; et il y aurait de l'imprudence, par exemple, à en hasarder l'usage dans les fièvres intermittentes pernicieuses ;

4° Il n'est point irritant ;

5° On peut y avoir recours dans les fièvres intermittentes récentes, disposées à céder, chez les individus facilement impressionnables, les femmes, les enfans, et essayer en général dans tous les cas où il n'y a pas de danger pressant ;

6° La diminution d'intensité des accès pendant son usage est d'un bon augure, mais n'annonce pas toujours une guérison prochaine ;

7° Il paraît avoir une influence avantageuse sur les engorgemens spléniques ;

8° Il reste à rechercher si sa dose et son mode d'administration ne peuvent pas être utilement modifiés, si on ne pourrait pas l'associer à d'autres substances capables de rendre son action plus énergique, si enfin, en continuant son usage, on parviendrait à diminuer la fréquence des récidives.

De la cure des ganglions anciens par la ponction et la compression, par le docteur Chailly.

M. Chailly fait observer que jusqu'ici la ponction des ganglions a été pratiquée sur leur sommet. L'effet inévitable de cette manière d'opérer, lorsqu'on cherche ensuite à obtenir par la compression le recollement des parois du kyste, c'est que l'ouverture se ferme et que le liquide peut s'accumuler de nouveau.

En pratiquant l'ouverture *sur le côté* du ganglion, et en appliquant au contraire la compression sur le sommet, celle-ci chasse par l'ouverture le liquide nouvellement formé à mesure qu'il se forme.

« Ce procédé, dit M. Chailly, tend à imiter « ce qui se passe dans la cure des ganglions « récens opérés par la pression. On sait que « quand ces tumeurs sont peu anciennes, le « kyste cède à une pression plus ou moins « forte ; qu'il s'extravase dans le tissu cellulaire « où il est repris par les vaisseaux absorbans ; « qu'au moyen d'un bandage compressif, « maintenu pendant quelque temps, la cavité « disparaît sans retour. Or, dans cette opé- « ration, la rupture du kyste a lieu toujours et « inévitablement sur le côté. »

M. Chailly rapporte à la *Société de médecine* deux guérisons de ganglions anciens obtenues par son procédé. G.

GAZETTE MÉDICALE.

(*Février* 1836.)

Les quatre numéros de la *Gazette médicale* de février ne contiennent, en fait de travaux originaux, que les deux mémoires suivans :

1° Des saignées répétées dans le début des maladies aiguës, par M. *Fuster* ; — 2° Du spasme de l'urètre et des obstacles véritables que l'on peut rencontrer en introduisant des instrumens dans ce canal, par *J.-Z. Amussat* ; — Plus, un article sur la compression médiate des veines variqueuses au dessus du lieu malade, par M. *Boinet.*

Des saignées répétées dans le début des maladies aiguës, par M. Fuster. — L'Académie de médecine vient de clore une trop longue discussion sur cette question. Nous avons essayé, dans le dernier numéro de ce Journal, d'en présenter à nos lecteurs une esquisse fidèle : voici en résumé l'opinion de M. Fuster à ce sujet.

Dans cet article, M. Fuster envisage la question sous ce double point de vue : 1° la méthode de traitement par les saignées répétées coup sur coup, est-elle nouvelle ? 2° jusqu'à quel point peut-on l'appliquer sans distinction à toutes les maladies aiguës intercurrentes. Avant que d'entrer en matière, disons avec l'auteur en quoi consiste cette méthode dont on fait honneur à M. Bouillaud.

Dès les premiers jours, les malades sont saignés copieusement trois fois en douze heures. On commence par une saignée du bras de trois à cinq palettes ; on pratique ensuite, à l'aide des ventouses, une seconde saignée de trois palettes ; enfin, dans l'après-midi, une saignée par les sangsues succède aux deux premières. Le lendemain, on recommence à saigner comme le jour précédent et de la même manière.

Ce n'est pas une question oiseuse que l'époque de la naissance d'une opinion théorique, d'un précepte de pratique ; en présence d'un procédé nouveau ou d'une application nouvelle, il n'y a rien de mieux à faire qu'à se retrancher dans un doute philosophique, et à se taire en attendant qu'une somme suffisante d'observations de faits nous excite à l'admettre ou à la repousser ; mais si par hasard la découverte supposée a déjà subi l'épreuve de l'expérience, nous sommes dispensés de perdre notre temps à une vérification qu'on trouve toute faite. C'est d'après ce principe que M. Fuster confronte la méthode de M. Bouillaud avec les méthodes thérapeutiques appliquées successivement contre les maladies intercurrentes. Ces maladies étant trop nombreuses pour les passer toutes en revue, il se borne à quatre des plus remarquables, la pleurésie et la pneumonie, le rhumatisme articulaire et les fièvres typhoïdes. Il consulte successivement, pour la pleurésie et la pneumonie, la pratique de Huxam, Sydenham, De Haën, celle de Baillon pour le rhumatisme aigu, celle enfin de Rivière, de Léonard Botal, de Louis Septal, de Sydenham, de De Haën pour les fièvres typhoïdes, et con-

clut, 1° que les saignées copieuses et réitérées ont été recommandées dès le début de presque toutes les maladies aiguës; 2° que cette pratique a été généralisée, et qu'elle a été proposée sous une formule expresse, comme un système de thérapeutique, dans le traitement des maladies aiguës, sans acception d'espèces ni de variétés, d'abord par Botal et son école, à la fin du seizième siècle, et plus tard par De Haën au milieu du siècle dernier, c'est-à-dire que cette méthode que l'on donne aujourd'hui pour nouvelle compte déjà trois cents ans environ.

Quant à la seconde question : jusqu'à quel point peut-on appliquer sans distinction à toutes les maladies intercurrentes les saignées copieuses et réitérées? L'auteur se propose d'abord, dans la seconde partie de son travail, d'en démontrer l'absurdité en poussant ses conséquences aussi loin qu'elles peuvent aller. Les voici en résumé : 1° toutes les maladies aiguës proviennent d'une seule source, et cette source, la même dans toutes, c'est l'inflammation; 2° tous les malades ressentent uniformément l'action des causes morbides et réagissent tous dans le même sens; 3° en présence de ces maladies, il n'y a à s'arrêter qu'à un seul élément, cet élément correspond à l'unité de la cause et reste invariable au milieu des plus notables différences dans les phénomènes de ces affections; 4° la période du début est la seule digne de remarque; 5° enfin, tout est fait en faveur de cette classe de maladies, dès qu'à leur naissance, et sans se mettre en peine de la mesure de leur durée et de la forme, on saigne en abondance et itérativement.

D'où l'auteur conclut, que si les émissions sanguines très fréquentes et très copieuses ont rendu dans tous les temps d'excellens services au début de quelques maladies aiguës, ériger en méthode absolue dans le traitement de toutes ces maladies ces applications particulières, c'est abjurer ouvertement tous les principes de la saine pathologie.

En second lieu, il s'élève contre la statistique en pathologie, et démontre que les faits n'étant jamais parfaitement identiques, ne peuvent être soumis aux calculs rigoureux des mathématiques.

Du spasme de l'urètre et des obstacles véritables que l'on peut rencontrer en introduisant des instrumens dans ce canal; par M. J. Z. Amussat.

Ce mémoire renferme deux parties: dans la première l'auteur établit une distinction entre le spasme de l'urètre, qui n'est selon lui qu'une action outrée de l'état physiologique, une contraction involontaire de la portion musculaire de ce canal, et le rétrécissement qui constitue un état pathologique, un gonflement inflammatoire, depuis la phlogose de la membrane muqueuse jusqu'à l'obturation presque complète du canal. A l'appui de cette opinion il cite des expériences sur les animaux vivans, plusieurs faits pathologiques et plusieurs autopsies.

Dans la seconde partie M. Amussat passe en revue les cas nombreux où l'on accuse le spasme, lorsqu'on éprouve quelques difficultés à faire pénétrer un instrument dans l'urètre; il les classe sous ces quatre divisions : 1° dans l'état normal de l'urètre; 2° dans la gonorrhée; 3° dans le cas de rétrécissement organique de l'urètre; 4° dans le cas de maladie de la prostate. Il indique pour chacun de ces cas la cause de l'obstacle et le moyen de le surmonter s'il y a lieu. Enfin il termine par les conclusions suivantes :

1° Le véritable spasme musculaire de l'urètre ne peut avoir lieu que dans la portion du canal que j'ai appelée musculeuse et qu'on désigne communément sous le nom de membraneuse. La compression et l'aplatissement du canal sont seuls effectués dans le tiers moyen de l'urètre par le muscle bulbo-caverneux et la simple rétraction spasmodique dans l'autre tiers qui est dépourvu de fibres charnues. Seuls, ces trois états *gradués* de spasmes ne peuvent opposer qu'une faible résistance à l'introduction des instrumens dans l'urètre. 2° L'urètre de la femme est musculeux comme la portion musculeuse de l'urètre chez l'homme; et jamais cependant, ou rarement au moins, accuse-t-on le spasme de s'opposer à l'introduction de la sonde chez la femme. 3° Les obstacles naturels que l'on confond presque toujours avec le spasme, dépendent de la constitution anatomique de l'urètre de l'homme. Ces obstacles sont le bulbe et la prostate, qui n'existent pas chez la femme. Pour les éviter il faut suivre la paroi supérieure du canal; si la sonde courbe s'arrête au bulbe, essayer la bougie à empreinte, ou mieux encore la sonde droite; et si l'on rencontre la même difficulté avec un lithotriteur à bec court, il faut longer la paroi inférieure du canal avec le talon de l'instrument. 4° Dans l'état actuel de la science, il faut séparer le spasme de l'inflammation, ou de la fluxion inflammatoire qui arrive après des essais infructueux de cathétérisme, après l'extraction d'un fragment de pierre qui a séjourné dans l'urètre, etc. 5° Le spasme peut s'ajouter à l'état inflammatoire; mais ce dernier état suffit seul pour produire l'obstacle, car il a lieu souvent dans la portion du canal qui est dépourvue de fibres charnues, et dès qu'une bougie est serrée, on peut dire qu'il y a inflammation, gonflement, rétrécissement ou disproportion entre la sonde et le diamètre du canal. 6° De ce que l'urètre est facile à sonder après la mort, tandis qu'il y avait difficulté, impossibilité même pendant la vie, il n'en faut pas conclure qu'il existait seulement un rétrécissement spasmodique; car un examen attentif prouve que ce changement provient de l'effet cadavérique sur les tissus enflammés et surtout de la section de l'urètre dans toute son étendue. 7° Le spasme simple sans inflammation cède toujours et serre peu l'instrument. Le gonflement inflammatoire cède aussi, mais plus difficilement; la sonde est alors médiocrement serrée. Le rétrécissement organique cède beaucoup plus difficilement et l'instrument est fortement serré. 8° Les meilleurs moyens pour s'assurer qu'il n'y a point de spasme lorsqu'on éprouve de la résistance, sont l'injection, la bougie à empreinte ou la sonde droite. 9° Dans le cas de rétrécissement morbide, les antécédens du malade et une exploration attentive,

doivent empêcher de confondre cet état pathologique avec le spasme. 10° La cautérisation de l'urètre produit un rétrécissement très prononcé du canal, et une exagération telle du rétrécissement que l'on cautérise, qu'il est impossible d'introduire après, l'instrument qui pénétrait facilement avant. 11° Dans le cas de maladie de la prostate, la situation de l'obstacle, et le doigt introduit dans le rectum, ne peuvent laisser aucun doute sur le genre d'obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'instrument. 12° Enfin, si, en sondant avec soin l'urètre d'un cadavre on examine les points du canal où s'arrête le bec de la sonde, on reconnaît que cet instrument rencontre les obstacles aux mêmes points où on les trouve habituellement pendant la vie; on doit en conclure nécessairement que le spasme ne joue qu'un faible rôle dans les difficultés du cathétérisme lorsque le canal est à l'état normal.

De la compression médiate des veines variqueuses au dessus du lieu malade; par M. Boinet, *interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.*

L'auteur a eu l'occasion de voir appliquer à l'Hôtel-Dieu par *M. Sanson* le procédé de *M. Breschet* pour la guérison des varices, et au sujet de trois observations de ce genre qu'il rapporte et dans lesquelles le succès a été complet, il fait quelques réflexions sur les diverses méthodes de guérir les varices employées jusqu'à ce jour et en particulier sur celle de M. Breschet que nous devons d'abord faire connaître.

La pince qu'emploie M. Sanson pour la compression médiate des veines variqueuses, consiste en deux plaques métalliques ovalaires garnies de peau. De chaque plaque partent à angle droit deux branches de 3 à 4 lignes de largeur, qui après un trajet horizontal de 3 ou 4 lignes se courbent de nouveau à angle droit pour se porter directement en haut; elles ont à peu près 15 lignes de hauteur. Au milieu de l'une de ces branches verticales, se trouve soudée une tige métallique qui se porte transversalement dans une ouverture pratiquée sur l'autre branche et à travers laquelle elle glisse facilement; deux vis de rappel placées l'une à 6 lignes au dessus, l'autre à 6 lignes au dessous de la tige transversale, et qui tournent en sens opposés, servent à rapprocher les deux plaques ovalaires destinées à serrer la veine.

Quant aux réflexions de M. Boinet elles tendent à prouver, 1° que l'oblitération d'une veine n'a aucune influence sur la circulation qui se rétablit par les veines profondes; 2° que les insuccès obtenus jusqu'ici par l'oblitération ne doivent être attribués qu'aux moyens que l'on a mis en usage, moyens insuffisans et quelquefois dangereux.

L.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

North American archives of medical and surgical science.

(*Avril et Mai* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — Avril : 1° Des antispasmodiques, par *Dunglison;* — 2° Observations sur l'anatomie pathologique et sur le traitement des hémorrhoïdes, par *Smith;* — 3° Accouchemens, par *Thomas;* — 4° Action de l'eau distillée de laurier-cerise dans les névralgies faciales, par *Bennett;* — 5° Rupture de la matrice, par *Dunan;* — 6° Collectanea. — Mai : 1° Observations chirurgicales, par *Smith;* — 2° Squirrhe de l'utérus traité avec succès par la teinture d'iode, par *Pearson;* — 3° Empoisonnement par le seigle ergoté, par *Hulse;* — 4° Ligature de l'artère iliaque primitive sur un cheval, par *Geddings;* — 5° Fracture de la clavicule, par *Richard;* — 6° Pathologie et traitement de l'irritation, soit locale, soit sympathique, soit constitutionnelle; — 7° Collectanea.

Des antispasmodiques. — M. Dunglison arrive à cette conclusion peu nouvelle qu'il faut peu se fier aux *antispasmodiques directs*, les considérer comme de simples auxiliaires, s'occuper moins de l'irritation nerveuse que de la cause qui la produit, et que les agens thérapeutiques qui détruisent cette dernière sont les véritables antispasmodiques.

Hémorrhoïdes. — Après avoir fait ressortir la liaison qui existe entre les hémorrhoïdes d'une part, et de l'autre les affections du foie et la constipation habituelle, M. Smith divise ce genre de tumeurs en trois classes : les hémorrhoïdes inflammatoires, les hémorrhoïdes indurées, et les hémorrhoïdes variqueuses. Dans la première espèce, soit que le sang distende seulement les dernières ramifications du système veineux abdominal, soit qu'il s'en échappe, pénètre dans le tissu sous-muqueux, et en déchire les cellules, la tumeur présente à l'intérieur l'aspect du tissu de la rate ou plutôt de celui des tumeurs érectiles. Elle se développe avec lenteur ou se forme instantanément; rarement elle est seule, et l'action de la cause venant à continuer, un chapelet d'hémorroïdes entoure bientôt l'anus. Si un effort du malade les fait saillir à l'extérieur, elles sont soumises à la compression qu'exerce sur elles le sphincter, et qui produit des accidens analogues à ceux de la hernie étranglée; quelquefois même elles sont frappées de gangrène. Dans les cas les plus favorables, le sang qui remplit la tumeur est résorbé, même lorsque déjà il s'est formé au centre un petit caillot, et la fin du rectum reste parsemée de festons flasques et pendans, prêts à se remplir de nouveau. Si le caillot a acquis trop de consistance, la résorption n'a pas lieu, et l'hémorrhoïde passe à l'état d'induration. Alors elle est bien moins exposée à l'hémorrhagie, néanmoins l'épithelium qui la recouvre se déchire parfois, et laisse apercevoir la texture réticulée de l'intérieur. Elle n'est point compressible comme l'hémorrhoïde inflammatoire; elle est peu douloureuse, mais l'irritation mécanique qu'elle dé-

termine provoque la fermentation de nouvelles tumeurs qui peut-être arriveront également à l'induration. L'hémorrhoïde variqueuse, reconnaisssble à sa couleur blenâtre et livide, est une véritable varice qui disparaît instantanément par la compression la plus légère; elle est presque indolente, et le sang ne s'y coagule jamais. M. Smith conseille, pour les hémorrhoïdes de la première espèce, les applications froides et opiacées, l'expression et la réduction, l'incision avec la lancette quand le caillot est formé; pour celles de la seconde espèce, l'extirpation; pour les hémorrhoïdes variqueuses, la compression.

Accouchemens. — Le premier cas cité par M. Thomas est celui d'une femme dont l'enfant se présentait par l'épaule. La version fut extrêmement difficile, bien que les contractions de la matrice n'eussent rien d'exagéré. Cette difficulté fut expliquée par l'extraction d'un fœtus acéphale dont la colonne vertébrale était inflexible, et dont l'autopsie ne fut pas permise. La mère en fut quitte pour quelques symptômes de métrite. La seconde observation se rapporte à un accouchement double, dans lequel, après la sortie du premier enfant, la matrice resta, malgré tous les efforts de l'accoucheur, dans une complète inaction. Une hémorrhagie inquiétante avait lieu. En portant la main dans l'utérus, on sentit à gauche un second fœtus enveloppé de ses membranes. On rompit la poche des eaux, et saisissant l'enfant par les pieds, on l'amena facilement. Quelques instans après, les contractions utérines chassèrent au dehors deux placenta distincts, mais unis par de minces lambeaux de membranes, et l'hémorrhagie cessa. Chez une troisième femme enceinte de dix mois, des douleurs vives et répétées annoncèrent un avortement qui eut lieu en effet; l'expulsion du fœtus eut lieu immédiatement après la rupture des membranes; le placenta suivit presque aussitôt. Il présentait sur sa face utérine un caillot déjà ferme, du poids de plus d'une livre; sa texture celluleuse était complétement effacée par la pression à laquelle il avait été soumis. Ce fait milite contre l'opinion de M. Velpeau, qui pense que jamais l'hémorrhagie n'a lieu qu'après la rupture des membranes.

Eau distillée de laurier-cerise. — M. Bennett dit avoir employé avec succès, dans la névralgie faciale, les fomentations pratiquées avec la préparation ci-après : eau distillée de laurier-cerise, quatre onces; éther sulfurique, une once; extrait de belladone, un gros.

Rupture de la matrice. — M. Dunan fut appelé auprès d'une femme de trente-huit ans en mal d'enfant. Il trouva le col de l'utérus dilaté, et la tête du fœtus prête à franchir le détroit supérieur. Tout-à-coup les douleurs cessent, et en même temps un bruit sourd se fait entendre dans le ventre. M. Dunan introduit promptement la main dans le vagin, et ne sent plus la tête de l'enfant; il cherche à pénétrer dans la matrice pour opérer la version, afin de hâter la délivrance; mais le col est vigoureusement contracté; le bord du placenta s'engage dans l'étroite ouverture qu'il présente. La malade expire au bout de trente-six heures. A l'autopsie, on trouve la paroi droite de la matrice déchirée; l'enfant a passé par l'ouverture; il est situé en travers dans l'abdomen, les fesses à droite, la tête contre la paroi abdominale gauche de la mère. La paroi droite de la matrice est fort amincie; la gauche, ainsi que le fond, sont épaissis; le col est flasque et rugueux. Toutes ces parties sont dans un état morbide que l'auteur n'indique pas autrement.

Collectanea. Tunique fibreuse du poumon. — M. Stokes a vu manifestement, au dessous de la plèvre, dans un cas de pneumonie chronique, un feuillet fibreux qu'il a retrouvé, quoique avec plus de difficulté, sur des poumons sains. Il suffit, dit-il, de tendre la surface du poumon, d'y faire avec un bistouri bien affilé, et aussi légèrement que possible, une scarification ayant la forme d'un U. On saisit le lambeau avec une pince très fine; on le soulève avec précaution, en déchirant le tissu cellulaire sous-muqueux : alors on voit la membrane fibreuse, polie et brillante; on peut l'inciser et s'assurer de sa force par des tractions répétées; on reconnaît au dessous d'elle la surface rugueuse et charnue du poumon. Suivant M. Stokes, cette enveloppe fibreuse recouvre la totalité de l'organe, fournit une enveloppe aux vaisseaux, et se continue d'un côté avec le médiastin, de l'autre avec le péricarde.

Méthode pour injecter le foie. — Le procédé de M. Kiernan consiste à lier la veine porte et l'artère hépatique sur l'animal vivant. Au bout d'une minute, le foie est exsangue. On peut alors abréger les souffrances de l'animal, et prévenir le reflux du sang dans les veines hépatiques en divisant la veine cave près de sa terminaison dans l'oreillette droite, etc.

Abstinence prolongée. — Engeltje van der Vlies, âgée de trente-neuf ans, sujette dans son enfance à des affections vermineuses, fut prise de convulsions hystériformes à l'âge de dix-huit ans, par suite d'affections morales. Depuis lors elle a toujours éprouvé des accès plus ou moins rapprochés, accompagnés de symptômes plus ou moins grands. En 1822, elle fut plus souvent prise que les années précédentes; une gastro-entérite chronique vint compliquer son état; les urines et la sécrétion intestinale furent complétement suspendues; la malade refusa longtemps toute espèce d'alimens. Elle a conservé depuis la faculté de se priver pendant plusieurs jours de toute nourriture. La commission provinciale des médecins résidant à La Haye a nommé des commissaires pour vérifier le fait, et Engeltje, soumise à la surveillance la plus minutieuse, a parfaitement soutenu la gageure pendant vingt-huit jours, sans interrompre son travail.

Observations chirurgicales. Anévrisme. — Un ivrogne, déjà guéri par la ligature de l'artère fémorale, d'un anévrisme de la poplitée, se livra de nouveau à ses habitudes d'intempérance; et, dix-huit mois après l'opération, il se présenta à M. Smith avec un anévrisme de l'artère poplitée de l'autre jambe, lequel avait déjà acquis un volume considérable. Trois semaines plus tard, un anévrisme de l'artère fémorale se manifesta, et à mesure qu'il prenait de l'accroissement, celui de la poplitée diminua par degrés, au point de cesser d'être incommode. Une ligature autour de l'artère crurale

immédiatement au dessous du ligament de Poupart, détermina promptement la disparition des deux tumeurs.

Squirrhe de l'utérus guéri par la teinture d'iode. — Une mulâtresse, âgée de vingt-quatre ans, ne voyait plus ses règles depuis longtemps, et se plaignait de vives douleurs dans la matrice, de flueurs blanches, etc. Le col de l'utérus était tuberculé, dur, sensible au moindre attouchement, saignant et un peu dilaté. On eut recours à la ciguë et au protoxide de mercure. Il y eut quelque amélioration. Alors on prescrivit la teinture d'iode à la dose de cinq gouttes, répétées trois fois le jour, dans une verrée d'eau dégourdie. On administra ensuite des pilules de phosphate de fer, d'aloës et de myrrhe. Au bout de quelques semaines, les règles reparurent, et deux mois plus tard la malade devint enceinte pour la première fois. Elle était mariée depuis cinq ans, et fort adonnée aux plaisirs de l'amour antérieurement à son mariage. Les dernières traces du mal s'évanouirent pendant la grossesse.

Empoisonnement par le seigle ergoté. — Cette substance fut administrée à une femme en travail, d'une faible constitution, à la dose d'un demi-gros dans quatre onces d'eau, répétée deux fois à peu de distance. L'utérus se contracta, et l'hémorrhagie qu'on avait voulu combattre céda complétement; néanmoins la délivrance n'arrivait pas. Le lendemain la malade prit un gros et demi de seigle ergoté; la matrice se contracta vivement deux ou trois fois, puis retomba dans l'inaction. Toutefois le placenta était détaché, et il fut facile de l'extraire; mais le pouls était descendu à soixante-cinq pulsations; le corps était couvert d'une sueur froide; les paupières, les lèvres et la gorge se tuméfièrent et prirent un aspect livide; la membrane pituitaire subit la même altération; la déglutition était pénible; bientôt la parole même devint embarrassée, et les extrémités inférieures immobiles. Le carbonate d'ammoniaque fut prescrit à la dose de cinq grains dissous dans un verre de vin, et des frictions furent pratiquées sur le corps et sur les membres avec un liniment ammoniacal. Après la seconde dose de carbonate, le pouls se releva, et la peau commença à se réchauffer. La malade, en revenant à elle, dit qu'elle avait éprouvé une telle exaltation du sens de l'ouïe que le plus léger murmure retentissait dans sa tête, et faisait frissonner tout son corps. Au bout de quelques heures, tous les symptômes d'empoisonnement avaient disparu, à l'exception de la rougeur et du gonflement des paupières; il s'établit alors une transpiration modérée, dont le produit exhalait une odeur frappante de seigle ergoté.

Ligature de l'artère iliaque primitive. — Un domestique à cheval rencontra un gig lancé avec tant de vitesse qu'il n'eut pas le temps de détourner sa monture. La pointe d'un des brancards pénétra, sans se rompre, dans le corps du cheval, au niveau de la crête iliaque gauche, et vint sortir entre l'anus et la racine de la queue. A peine fut-elle retirée que le sang coula à flots par la blessure, et l'animal tomba en syncope. M. Geddings, jugeant que l'hémorrhagie serait arrêtée par la ligature de l'artère iliaque, fit coucher immédiatement la bête sur le dos par quatre nègres vigoureux, et, assisté de ses deux confrères, le docteur Graves et le docteur Finley, il procéda à l'opération. Une incision de quatre pouces fut faite aux tégumens, un peu au dessus du ligament de Poupart, et dans une direction parallèle; l'aponévrose du grand oblique fut divisée dans la même étendue; une ouverture égale fut pratique dans le *fascia transversalis* et dans la portion correspondante du péritoine: alors l'opérateur, introduisant la main dans l'abdomen, porta le doigt sur l'iliaque primitive, déchira avec l'ongle, des deux côtés du vaisseau, le péritoine et le fascia; puis, armé d'une aiguille courbe à pointe mousse, et se servant de son doigt comme conducteur, il passa autour de l'artère une ligature dont l'un des bouts fut coupé près du nœud, et l'autre laissé flottant au dehors. L'hémorrhagie fut arrêtée sur-le-champ, et l'artère battit avec violence au dessus du point comprimé. La plaie extérieure fut réunie par trois ou quatre points de suture.

L'animal put se relever avec un peu d'aide et gagner une écurie située à un quart de mille (deux cents toises). Le lendemain il fut saigné de la jugulaire. Les jours suivans se passèrent assez bien; le cinquième fut marqué par des symptômes fâcheux, et la mort survint le sixième.

A l'autopsie, on trouva l'artère oblitérée, la ligature détachée, et des traces non équivoques d'une péritonite *qui semblait due bien moins à l'opération qu'à la blessure qui l'avait occasionée.*

Appareil pour les fractures de clavicule. Il se compose, 1° de deux bracelets rembourrés qui entourent les deux épaules en passant sous l'aisselle et sur la clavicule, et de deux courroies qui rapprochent les deux bracelets en passant l'une sur le sternum, l'autre sur les deux omoplates et la colonne vertébrale; 2° d'une ceinture qui tient le coude collé au corps, et à laquelle est fixée une anse de cuir ou de sangle pour supporter le poignet; 3° d'une fronde qui soutient le coude, et va s'attacher sur l'épaule saine.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDIZINISCHE ZEITUNG.

Gazette médicale de Berlin. — (Juin et Juillet 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — N° 22: Grossesse sans cohabitation complète. — N° 23: 1° Emploi de l'acétate de plomb dans la fièvre accompagnée d'ulcérations intestinales, par *Nasse*; — 2° Altération singulière de la peau après de longues maladies, par *Erscherson*. — N° 24: 1° Pourquoi les maladies contagieuses aiguës, communiquées par inoculation, ont-elles une marche plus bénigne que celles qui sont contractées accidentelle-

ment par infection ? par *Fischer* ; — 2° Chaises percées inodores, par *Kluge* ; — 3° *Trichnina spiralis* d'Owen, par *Lichtenstein* ; — 4° Céphalalgie chronique occasionée par la présence d'un noyau de cerise dans l'oreille, par *Fraenzel*. — N° 25 : 1° Des latrines, par *Kraemer* ; — 2° Vaccination avec le vaccin renouvelé, par *Kluge*.— N° 26 : 1° De l'emploi de l'huile de baleine dans les maladies cutanées invétérées, par *Richter* ;— 2° Mort prompte par l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes, par *Verlo*. — N° 27 : 1° Sur la dégénération graisseuse du foie, par *Heyfelder* ; — 2° Vomissemens de larves vivantes, par *Ebermaïer*, — N° 28 : 1° Céphalalgie et colique intermittentes, par *Simon* ; — 2° Grisonnement des cheveux dû à l'usage de la belladone, par *Fischer*. — N° 30 : 1° Pneumonie des nouveau-nés, par *Kluge* ; 2° Pierres trouvées dans la trachée artère d'un noyé, par *Roth*.

Grossesse sans introduction du pénis. — Il s'agit de deux femmes devenues enceintes sans rupture de l'hymen, lequel formait, chez toutes deux, une cloison en forme de croissant, percée en arrière d'un trou qui permettait à peine l'introduction de l'extrémité du petit doigt.

Emploi de l'acétate de plomb dans la dothinentérite. — Ce moyen avait déjà été recommandé par le docteur Spiritus, qui l'avait employé avec succès chez une cinquantaine de malades. M. Jung a aussi publié une thèse intitulée : *De Dothinenteritide, eamque plumbo acetico sanandi ratione.* M. Nasse a eu recours à cet agent thérapeutique chez treize adultes et quatre enfans. Il l'a administré à la dose d'un tiers de grain à un demi-grain, répétée de trois à six fois le jour, soit que la langue fût sèche ou humide, soit qu'il y eût des pétéchies, que les malades rendissent du sang par les selles, etc. Il l'a combiné avec le carbonate d'ammoniaque chez huit sujets débiles.

De l'huile de baleine dans les maladies invétérées de la peau. — M. Richter a eu recours à ce moyen depuis trois ans avec le plus grand succès ; il regarde comme indispensables les conditions suivantes : 1° que l'huile ne soit point épurée, qu'elle présente une couleur jaune-brunâtre, et répande une odeur forte ; 2° que la dose ne soit pas trop faible : elle varie entre six et dix cuillerées par jour pour les adultes ; 3° que l'emploi en soit continué longtemps, car souvent ce n'est qu'à la fin de la quatrième semaine que ses effets commencent à se manifester, et quelquefois même beaucoup plus tard. Il est rare néanmoins que le traitement dure plus de trois mois ; 4° que le régime soit sévère, les alimens légers et de facile digestion, que le malade s'abstienne de tout mets préparé au vinaigre. Quand la ténacité de la maladie exige qu'on administre le maximum de la dose, l'appétit se perd par degrés ; mais il ne tarde pas à revenir aussitôt que la dose est moindre. Tous les essais que M. Richter a tentés pour dissimuler le goût et l'odeur de l'huile de baleine, ont été infructueux. La sécrétion de l'urine est ordinairement augmentée par l'usage de ce médicament, quelquefois elle subit une altération marquée ; quelquefois aussi il survient un dévoiement qui cesse par la seule suspension de l'usage du remède. Parmi les malades que M. Richter a soumis à ce traitement, se trouvaient huit individus affectés de pustules à la peau, six avaient une gale invétérée, deux étaient constamment couverts de furoncles, et un autre portait depuis quatre ans une foule de petites tumeurs enkystées.

Vomissement de larves vivantes. — Nous avons déjà rapporté un cas de ce genre ; celui-ci, observé sur une petite fille de douze ans, a été constaté par plusieurs médecins et par l'autorité locale. Les animaux vomis, examinés par M. Goldfuss, professeur d'histoire naturelle à Bonn, étaient de deux espèces. Les uns apodes, armés de soies, appartenaient à l'ordre des mouches et paraissaient être des larves de l'espèce *scalopsis notata* ; les autres, plus volumineux, étaient des chenilles de l'espèce de mite appelée *aglossa pinguinalis*. Ces larves, déposées sur des matières alimentaires, avaient sans aucun doute été avalées avec elles.

Pneumonie des nouveau-nés. — Les deux observations que M. Kluge rapporte sous ce titre, nous semblent se rapporter à de simples congestions pulmonaires, accompagnées de congestions veineuses dans le cerveau et dans le système capillaire sous-cutané des parties supérieures du corps, survenues dans les premières heures après la naissance. Ces sortes de congestions se sont montrées fréquentes, à certaines époques, dans la division des femmes en couche de la Charité de Berlin ; elles ont souvent cédé à l'application d'une ou deux sangsues sur le sternum, faite aussitôt qu'on apercevait sur la face, sur les bras et sur la poitrine la teinte plombée qui en est le premier symptôme, et avant même que la toux se fût manifestée. La plupart des autres cas ont été mortels.

—

Rust's magazin für die gesammte Heilkunde.

(45e vol., 1er cahier.)

ARTICLES ORIGINAUX : 1° Observations chirurgicales et ophthalmologiques, par le docteur *Buck* ; 2° Observation de coxarthrocace, par le docteur *Burtz* ; 3° Miscellanées.

1° *Observations chirurgicales et ophthalmologiques.* A. *Polype de l'utérus lié dans la cavité même de cet organe.* — Une pauvre femme se plaignait d'un écoulement sanieux par la vulve, accompagné de douleurs profondes dans la matrice. Elle avait long-temps supporté son mal sans rien dire, et déjà elle était fort amaigrie, et affectée de toux et de vomissemens. En examinant les parties génitales, M. Buck trouva le col de l'utérus dilaté de manière à permettre facilement l'introduction du doigt indicateur, et, en pénétrant plus avant, il reconnut un polype du volume d'une grosse poire, dont il lui fut impossible d'atteindre le pédicule. L'état de la malade lui faisant une loi de la débarrasser promptement, il essaya de provoquer les contractions utérines par des doses répétées de seigle ergoté ; ce médicament fut sans succès, et la position de la pauvre femme devenant grave, on procéda à la ligature du

polype à l'aide du porte-nœud de Jorg, dont les branches sont très alongées. L'opération ne fut point trop douloureuse malgré les tiraillemens que dut nécessairement éprouver le col de la matrice; au bout de huit jours la moitié environ du polype se détacha; la ligature avait été placée trop bas; on en appliqua une seconde sans beaucoup de difficulté; mais elle se relâcha, et après sa chute on sentit encore quelques lambeaux fibreux flottans; ces lambeaux, déjà mortifiés, se détachèrent d'eux-mêmes, et le quatorzième jour la surface interne de l'utérus était revenue à son état normal. La santé générale se rétablit avec rapidité.

La hardiesse de M. Buck n'est pas nouvelle; plusieurs chirurgiens ont tenté avec succès l'opération dans les mêmes circonstances. M. Rapatel, de Rennes, l'a pratiquée trois fois; dans le premier cas, il se servit de la pince de Hunter; dans les deux autres, il employa des sondes de femme divisées intérieurement par un diaphragme longitudinal. — B. *Erreur de diagnostic.* — Une femme de quarante-deux ans accouche avec facilité de son second et dernier enfant; les parties génitales, soit internes, soit externes, n'éprouvent aucune dilacération. Un an plus tard, dans un effort, elle éprouve dans le bas-ventre une sensation de déchirement en même temps qu'elle sent un vide se faire dans la même région. Bientôt elle s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur dans le vagin. Pendant plusieurs années, cette tumeur reparaît au moindre effort, et disparaît à la plus légère tentative de réduction, mais elle acquiert graduellement un volume égal à celui de la tête d'un enfant de sept mois. Une sage-femme conseille un pessaire; son avis est négligé. Enfin, au bout de onze ans, la tumeur devient irréductible, la malade appelle enfin pour la première fois un médecin. Celui-ci reconnaît une masse d'apparence charnue, couverte de végétations fongueuses, ayant contracté des adhérences avec le vagin, et dépassant inférieurement le niveau des grandes lèvres. Convaincu, ainsi que les confrères dont il sollicite les conseils, qu'il s'agit d'un renversement de la matrice devenue carcinomateuse, il se dispose à en pratiquer l'extirpation, l'état général de la malade ne laissant plus entrevoir d'autre chance de salut. Pour s'assurer de la position de la vessie (le libre écoulement des urines n'avait jamais été interrompu), on essaie d'introduire un cathéter; des végétations qui occupent l'orifice de l'urètre, et qui sont extrêmement sensibles au moindre attouchement, s'opposent à cette mesure de précaution; on y parvient néanmoins, mais la direction que prend l'instrument paraît singulière. Toutefois, on détruit avec le bistouri les adhérences du vagin avec la tumeur; mais bientôt l'opérateur s'arrête, reconnaissant que celle-ci est formée en grande partie par la vessie elle-même dont il est impossible d'apprécier les rapports avec l'utérus; alors il pratique une seconde incision dans le voisinage de l'orifice extérieur de l'urètre, dissèque la vessie sans intéresser ses parois, les sépare de la masse fongueuse, et en opère facilement la réduction. La malade se trouvait dans un état très satisfaisant, lorsque, vers le milieu de la quatrième semaine après l'opération, la fièvre survient, la plaie se sèche et rougit, l'appétit et le sommeil se perdent, etc., et la terminaison fatale arrive. A l'autopsie, on s'assure que la tumeur tout entière était formée par la vessie, que cet organe n'avait point fait hernie à travers les fibres du vagin, mais qu'il en avait poussé devant lui la paroi supérieure devenue çà et là fongueuse, squirrheuse ou cartilagineuse, et qu'il s'en était coiffé comme d'une enveloppe coriace; enfin, qu'un des replis du vagin, ainsi altéré, imitait parfaitement le museau de tanche, circonstance qui n'avait pas peu contribué à en imposer sur la nature de la tumeur. Toute la partie des parois de la vessie, qui était restée découverte par le péritoine, était saine, le reste était épaissi et frappé de dégénérescence. La matrice était dans l'état normal et refoulée un peu plus haut qu'à l'ordinaire.

C. *Reproduction de la cornée.* — Une jeune fille fut opérée d'un staphylôme qui avait envahi la totalité de la cornée, et qui faisait une saillie extraordinaire entre les paupières. Grâce aux applications d'eau froide, au régime antiphlogistique, à l'obscurité, etc., il n'y eut ni inflammation ni douleur vive; seulement quelques mucosités venaient se concréter autour des cils. Au bout de trois semaines on s'aperçut que la cornée avait été remplacée par une couche de lymphe plastique, aplatie, au lieu d'être convexe, lisse et brillante, d'un bleu marbré, adhérente à l'iris, demi-transparente et permettant à la malade de distinguer le contour des objets.

D. *Guérison d'une amaurose et d'une exophthalmie par l'extirpation d'un stéatome développé dans l'orbite.* — La tumeur qui comprimait la rétine et qui avait déplacé les globes de l'œil, faisait une saillie d'un tiers de pouce vers la partie externe du rebord orbitaire inférieur. La malade en rapportait l'origine à une violente contusion reçue dans la région sourcilière. L'œil était porté en haut, en dedans et en avant, et à peine recouvert par la paupière supérieure distendue. La vision était nulle. L'opérateur pratiqua une incision longitudinale parallèle aux fibres du muscle orbiculaire; de cette manière, il se rendit plus difficile le reste de l'opération, mais il évita de diviser le cartilage tarse et de séparer complétement le bulbe de la conjonctive palpébrale, ce qui eût été inévitable, s'il avait agrandi l'ouverture des paupières par une incision partant de l'angle externe. Puis, employant tour à tour le doigt, le manche et la lance du scalpel, il parvint à détacher la tumeur, pesant environ deux onces, de tous les points auxquels elle adhérait; la douleur fut vive quand il fallut la séparer du nerf optique. L'œil rentra de lui-même dans l'orbite dont il remplissait à peine les deux tiers, tant cette cavité était agrandie. La vision se rétablit à l'instant même, mais non pas tout d'abord avec la netteté qu'elle recouvra par la suite. Au bout de cinq semaines la guérison était complète, l'œil et l'orbite avaient repris leurs dimensions naturelles, et le malade était exempt de toute difformité.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Omodei).

(Volume LXVI. — *Octobre* 1835.)

MÉMOIRES ORIGINAUX : 1° Histoire d'une paraplégie accompagnée de phénomènes extraordinaires, lue à l'Académie des sciences, lettres et arts de Padoue, par le docteur *Montesanto ;* — 2° Histoire d'une luxation du coude réduite le soixante-douzième jour, par le docteur *Cappelletti ;* — 3° Mémoire sur la propriété vitale des vaisseaux et sur la cause du battement des artères, par le docteur *Mugna ;* — 4° Rapport sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans les années 1831-1832 et 1834-1835, par le docteur *Taroni ;* — 5° Notice sur le choléra-morbus qui a régné à Coni et à Genève pendant quelques mois de l'année 1835, par les docteurs *Alfieri*, *Clerici* et *Sormani ;* — 6° Fragment d'un rapport sur le choléra-morbus qui a régné à Pise en 1835, par les docteurs *Fario* et *Cortese.*

L'intention du médecin de Padoue est de faire connaître par cette observation très longuement détaillée, une des mesures que la nature s'est ménagées dans la disposition de notre organisme contre les maladies ou les accidens auxquels il resterait exposé, en établissant des viscères auxiliaires les uns des autres.

En 1816, Valetto, âgé de seize ans, fit une chute de haut à la suite de laquelle il eut une faiblesse dans les membres inférieurs et de la peine à rendre l'urine et les matières fécales. Deux ans après cet accident, il fut condamné à la *prison dure*, comme *Pellico*, et transporté à Padoue. L'année suivante le prisonnier éprouva une vive inflammation à la moelle épinière ; l'acuité de cette maladie céda au traitement, mais survint une paraplégie avec suppression d'urine et de matières fécales, en outre de la paralysie des membres inférieurs. Alors tous les jours, cinq ou six heures après le repas, les alimens solides ou liquides étaient rejetés par le vomissement, presque sans avoir été altérés.

Quelque temps au delà, les choses changèrent, le vomissement n'avait plus lieu qu'au bout de quelques semaines et rendait des matières fécales. Cet étrange mode d'existence dura huit ans consécutifs ; au commencement de la neuvième année, le vomissement stercoraire devint plus rare et même fut suspendu pendant un long espace de temps ; d'un autre côté les alimens séjournaient moins dans l'estomac. Ce changement occasiona une pléthore qui nécessita soixante-dix saignées du bras depuis le mois de mars 1829 jusqu'au mois d'avril 1831.

Le 27 mars 1832, Valetto ne voulait plus avaler que de l'eau-de-vie ; le bouillon, la viande, l'odeur seule du vin lui répugnaient. Du poisson frit mangé à contre-cœur excita une indigestion, puis une fièvre intense qu'on apaisa par des saignées répétées et qui se termina le quinzième jour par un vomissement stercoraire, après de douloureux spasmes à l'estomac et d'autres douleurs vers la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire. Ce fut l'avant-dernier vomissement de matières stercorales.

L'infortuné prisonnier essuya encore d'autres crises qui firent croire sa fin prochaine, les principaux médecins de la ville se réunirent plusieurs fois en consultation. On explora la colonne dorsale, le rectum ; rien de remarquable : le ventre était divisé comme par une ceinture en deux parties, dont la supérieure très déprimée et l'inférieure ballonnée. Pas d'autre boisson ni d'autre nourriture pendant les trois dernières années de la maladie que l'eau-de-vie pour laquelle Valetto se montrait passionné. Le café au lait, le suc d'orange, etc., lui soulevaient l'estomac.

A la paraplégie vinrent se joindre des convulsions cloniques dans les membres. Il fallut supprimer l'eau-de-vie ; *des sangsues, un cataplasme* émollient *sur le ventre.* On s'attendait à voir le malade succomber à tant de souffrances, à la diète absolue et à l'infiltration de tout le corps, quand son état s'améliora par le rétablissement inattendu du cours de l'urine. Cette urine était claire, s'écoulait de moment en moment, avec quelque douleur et à la quantité de deux livres par jour, l'infiltration se dissipa peu à peu et on remit le patient à l'usage de l'eau-de-vie.

Valetto ne se laissa jamais abattre par ses souffrances ni par la crainte de la mort. Loin de là ; il se montra constamment intrépide, arrogant, inflexible, et ne se plaignit pas une seule fois. Il recevait avec insouciance la visite des médecins et des agens du gouvernement, et ne demandait que de l'eau-de-vie en s'adressant à l'infirmier ou au geôlier. On ne dit pas la quantité qu'il en buvait. Enfin, ce malheureux succomba au marasme le 14 février 1835, âgé de trente-six ans, après en avoir passé dix-sept dans la *prison dure.* La veille de sa mort il avait eu un vomissement de matières fécales dures, et fait une selle liquide avec des vents.

Nécropsie. — Jambes étendues, inflexibles, les pieds dans une extension insurmontable et formant une ligne droite avec les jambes.

A la poitrine de nombreuses et fortes adhérences, poumons sains, cœur d'un petit volume, un peu trop de sérosité dans le péricarde.

L'estomac avait neuf pouces trois lignes du grand cul-de-sac au pylore, et sept pouces sept lignes de la grande courbure à la petite, il contenait des matières bilieuses, fécales, liquides, en petite quantité, et ses parois étaient à l'état normal.

Le foie adhérait au diaphragme par toute sa convexité. La vésicule du fiel était remplie par vingt-cinq à trente calculs les uns gros comme une aveline, les autres comme un grain de froment.

Les intestins grêles très rétrécis, et leur tube à peine perméable en quelques endroits, surtout à l'union de l'iléon avec le cœcum. Çà et là des traces d'inflammation.

Le colon descendant et le rectum racornis, ulcérés, à l'intérieur ils contenaient quelques résidus endurcis.

La rate et le pancréas parfaitement sains.

La vessie racornie ne pouvant contenir que trois onces de liquide. Elle avait encore quelques gouttes d'urine rougeâtre et épaisse.

La colonne vertébrale paraissait saine et l'était réellement, même à l'endroit correspondant aux grandes douleurs. Le canal vertébral était tout rempli d'un liquide séreux et sanguinolent, et existait également entre la dure-mère et la moelle épinière. La face interne de la membrane et le tissu de la moelle étaient injectés de vaisseaux capillaires, qui examinés à la loupe formaient des réseaux.

Rien de bien remarquable dans le crâne et le cerveau.

La vaccine n'est point un préservatif infaillible de la variole.

« 1° La varioloïde ne diffère pas de la variole, sous le rapport de la propriété contagieuse;

« 2° Elle peut donner lieu naturellement à la variole confluente;

« 3° Les sujets vaccinés sont prédisposés à la variole ou à la varioloïde, selon l'époque plus ou moins ancienne de leur vaccination et de leur susceptibilité individuelle;

« 4° La varicelle est d'une espèce particulière. » Le docteur Taroni établit ces propositions sur des faits nombreux de sa pratique, durant deux épidémies de variole : en voici quelques uns :

Une servante d'auberge, âgée de dix-huit ans, et vaccinée au berceau (on voyait trois cicatrices à chaque bras), éprouve une fièvre aiguë dont le caractère est inconnu. Notre auteur fait la médecine du symptôme (deux saignées du bras, boissons rafraîchissantes, diète absolue), le cinquième jour la variole apparaît.

Une femme de vingt ans, vaccinée avec succès dans son enfance, est prise de la variole confluente, et son nourrisson âgé de seize mois, qui ne l'avait pas été, gagne la petite vérole dont il reste long-temps à se rétablir.

Un apprenti barbier, âgé de quinze ans et vacciné avec succès dans son enfance, est atteint de la varioloïde et la communique à ses trois sœurs qui avaient été également vaccinées, tandis qu'un savetier âgé de vingt-deux ans, non vacciné, contracte dans cette famille une variole des plus intenses.

Une épidémie de varicelle éclate, et on prend d'abord la maladie pour une petite vérole; mais bientôt on reconnaît le caractère de la varicelle, en ce que les boutons ne se remplissent point de pus. Or, il est notoire que cette épidémie n'a donné lieu à la petite vérole, ni à la varioloïde chez aucun des sujets qui avaient été vaccinés ou varioleux avant la belle découverte de Jenner. Enfin, le docteur Taroni a vacciné un enfant de dix ans, au sortir de la varicelle, et le sixième jour il a obtenu de très beaux boutons de vaccine.

L'auteur conclut de ses observations pratiques que la vaccine commençant à perdre de plus en plus sa propriété préservatrice, au bout de huit ou dix ans, il faudrait dans les épidémies de variole, revacciner indistinctement tous les sujets plus anciennement vaccinés. Ce serait le moyen d'empêcher le nouveau germe de cette plante exotique de se développer dans notre économie. Nous savions à peu près tout cela, mais nous le savons encore mieux en le voyant confirmé par des médecins étrangers.

Une femme de campagne se luxa le coude en tombant sur la main, on fit venir un renoueur qui fit beaucoup souffrir en pure perte, et assura que les mouvemens de l'articulation se rétabliraient désormais par la suite.

Cependant cette femme ne cessant de souffrir des douleurs aiguës et ne pouvant se servir de son bras, appela le docteur Cappelletti. L'apophyse coronoïde était logée dans la cavité sygmoïde et le bras raccourci de trois doigts.

« Pendant deux jours cataplasmes sur l'articulation et deux bains chauds chaque jour. »

Le troisième jour, on pratique la contre-extension sur le thorax, plutôt qu'à la partie supérieure du bras, pour ne pas comprimer les muscles qui vont s'attacher de la partie supérieure du bras à l'avant-bras, et on exerce l'extension, en appliquant le moufle à la partie inférieure de l'avant-bras. La manœuvre ainsi commencée, le chirurgien fait une large saignée et donne l'émétique à doses rétractées. Au bout d'une heure et demie la luxation est réduite. Une meilleure conformation de l'articulation et la facilité des mouvemens de l'avant-bras le témoignent.

Il restait à la partie interne de l'articulation une saillie anormale formée par le condyle interne de l'humérus; pour la faire disparaître, l'opérateur réapplique le polyspaste. Cette fois l'extension fut plus forte et plus longue et loin de réussir, elle fractura l'olécrâne. On s'empressa de remédier à cet accident en couvrant le coude de glace pendant vingt-quatre heures et ensuite de cataplasmes avant d'appliquer le bandage contentif. L'appareil fut levé le trente-cinquième jour. La fracture était guérie, et il ne restait plus qu'une raideur qui se dissipa, car le docteur ayant eu occasion de voir sa cliente cinq mois après, il la trouva vaquant aux soins de son ménage, également bien de l'un et l'autre bras.

Le docteur Cappelletti prend occasion de cette réduction, pour parler des luxations anciennes.

La réduction de celle-ci est contre-indiquée par quatre complications principales :

1° *La diathèse scrofuleuse;* l'inflammation produite par les tractions pourrait donner lieu à une tumeur blanche;

2° *La mobilité de l'os luxé*; on n'entend parler ici que des articulations orbiculaires, or la tête de l'os luxé depuis long-temps, fût-elle remise dans son ancienne place, ne pourrait plus y rester; d'ailleurs l'articulation accidentelle permet des mouvemens assez étendus.

3° *L'inflammation actuelle de l'articulation;*

les tentatives de réduction seraient trop douloureuses, et les tissus dans cet état se déchireraient plutôt que de se prêter assez à l'alongement.

4° *L'irritation des vaisseaux sanguins;* un homme affecté d'une luxation du bras depuis trois semaines, périt une heure après la réduction. A l'autopsie, le docteur Vogel, archiâtre du grand-duc de Weimar, trouva sous le grand pectoral un épanchement de sang formé par le déchirement de l'artère auxiliaire, et tous les autres vaisseaux sanguins autour de l'articulation avaient perdu leur ressort.

L'extension s'exécute par des anistans, ou le moufle. Ces deux moyens dont l'un et l'autre est nécessaire, sont violens, et, quoiqu'on affaiblisse la résistance musculaire avant et pendant la manœuvre, on en a vu entre les mains les plus habiles des résultats mortels, tels que la rupture des artères brachiale et axillaire, le détachement du plexus brachial d'avec la moelle épinière, etc.

Le docteur italien se prononce pour le moufle, malgré l'accident désagréable (*accidente spiacevole*), mais il réglera désormais l'action de son instrument sur le dynamomètre suivant le conseil de notre confrère Sédillot (1).

Il termine son mémoire par quelques corollaires :

1° L'impossibilité de la réduction devra être déduite autant des contre-indications, que du temps de leur existence ;

2° Une ancienne luxation réduite perd toujours de l'étendue de ses mouvemens, à cause de l'altération survenue à la cavité articulaire.

Les luxations ginglymoïdales deviennent bien plutôt irréductibles que celles des articulations orbiculaires, et sont suivies d'une ankylose plus incommode.

V. O. G.

(1) De l'application du dynamomètre et du moufle au traitement des luxations.

III. MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 23 février. — Notice sur la topographie médicale de la ville de Chartres, suivie d'un tableau sur l'état sanitaire des hommes du septième régiment de chasseurs, pendant leur séjour dans cette ville, par L. F. Leuret; M. Villeneuve, rapporteur. — Nouvelles expériences sur le tritoxide de fer hydraté (hydrate ferrique), considéré comme contre-poison de l'acide arsénieux, par MM. Bischoff et Levrat; M. Henry, rapporteur. — Extirpation du col de l'utérus, torsion des artères utérines, par M. Amussat.

Séance du 27. — Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1834, par la commission de vaccine; M. Gérardin, rapporteur.— Tumeurs hémorrhoïdales enlevées par la ligature.

Séance du 1er mars. — Discussion sur le rapport de la commission de vaccine.

Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1834 par la commission de vaccine.—M. Gérardin divise son rapport en trois parties : la première présente une liste des départemens classés d'après la continuité de leur zèle à entretenir et propager la vaccine. L'attention que le gouvernement accorde depuis quelques années à la propagation de la vaccine, a été pleinement secondée par la plupart des préfets, et l'Académie de médecine a reçu cette année de nombreux documens sur plusieurs points importans de cette spécialité.

La seconde partie du rapport contient de nouvelles observations sur la variole, l'inoculation variolique, la varicelle, la varioloïde, la variole après la vaccine et les revaccinations, et peut se résumer ainsi : 1° Si dans quelques cas l'inoculation a été suivie d'éruptions varioliques graves, on n'a dû s'en prendre qu'au vaccin dont on s'est servi, qui n'était point le vaccin de Jenner, mais qui avait été pris sur des individus atteints de varioloïde ; 2° la variole et la varioloïde continuent à présenter, sous le rapport de leur développement, de leur marche et de leur forme, les caractères distinctifs mentionnés par un grand nombre de médecins nationaux et étrangers ; 3° les symptômes précurseurs de la varioloïde sont toujours remarquables par leur degré d'intensité et leur prompte cessation dès l'apparition de l'exanthème ; 4° dans la presque totalité des cas, une éruption secondaire de nouvelles papules, mais avortant plus ou moins dans leur développement, s'est montrée après le troisième jour, et lorsque l'éruption primitive pouvait être considérée comme terminée ; 5° la varioloïde attaque indistinctement les individus variolés et non variolés, vaccinés ou non vaccinés ; 6° la correspondance ne cite point encore un seul cas où la varioloïde ait été suivie d'une terminaison funeste ; 7° tous les vaccinateurs, un seul excepté, s'accordent à déclarer qu'ils n'ont jamais vu la variole se développer chez un individu régulièrement vacciné ; 8° on ne peut élever de doute sur la possibilité des revaccinations, mais il reste démontré que cette opération ne réussit que d'une manière exceptionnelle chez les sujets qui ont eu une vaccine véritablement normale.

La troisième partie expose les résultats de recherches nouvelles sur l'origine du vaccin, tendant à prouver qu'en Angleterre, comme en France, le virus vaccin actuel doit son origine à celui découvert par Jenner ; le prétendu cowpox, que l'on croit posséder par la voie de la Société Jennérienne de Londres, n'étant que le vaccin primitif obtenu par des transmissions successives de bras à bras. Plusieurs médecins français et étrangers espèrent rencontrer le cowpox, mais les faits manquent jusqu'à présent.

Quant aux moyens de conserver le vaccin, la commission cite les tubes en verre proposés par M. Fiard ; mais la priorité de l'invention revendiquée par ce médecin est douteuse, et l'utilité de ces tubes est loin d'être démontrée. C'est cette question de priorité qui a fait le sujet de la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie dans la séance du 1er mars.

Tumeurs hémorrhoïdales enlevées par la ligature, par M. Amussat. — L'homme qui fait le sujet de cette observation comptait déjà près de quatre-vingts ans. Il portait depuis longues années plusieurs tumeurs hémorrhoïdales qui, s'étant développées considérablement, gênaient beaucoup le malade. M. Amussat entreprit de l'en débarrasser en y appliquant des ligatures, et il y a réussi, à ce qu'il paraît. Pour pouvoir placer ces ligatures plus facilement, il a pratiqué à la base des tumeurs hémorrhoïdales, plusieurs incisions dans lesquelles une artère et plusieurs veines ont été blessées. L'hé-

morrhagie qui en a été la suite, ayant mis en danger les jours du malade, voici quels sont les nouveaux moyens auxquels M. Amussat aurait recours dans un cas semblable : 1° point d'incisions et partant point d'hémorrhagies à redouter; 2° faire des ligatures verticales et transverses, ou bien deux ligatures seulement, et tenter les incisions après; 3° au lieu de faire des ligatures ordinaires, M. Amussat se servirait de ligatures métalliques avec le serre-nœud.

—

ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS.

Séance du 22 février. — Théorie des hauts fourneaux. — Lettre de M. Chevremont, à l'occasion de la théorie des hauts fourneaux de M. Leplay. — Note sur une tête fossile d'ours des cavernes, par M. Flourens.

Séance du 29. — Réponse de M. Leplay à la lettre de M. Chevremont. — Note de M. Becquerel sur l'extraction de l'argent de ses minerais. — Note sur l'action de l'iode sur les bases salifiables d'origine organique, par M. Pelletier. — Recherches sur les escarres, par M. Milne Edwards. — Nouvelles observations sur la fécule, par M. Payen. — Observations recueillies pendant un voyage en Orient, par M. le duc de Raguse.

Séance du 7 mars. — Théorie de la chaleur. — M. Saigey adresse une démonstration du théorème général des surfaces d'égale température moyenne.

NOUVELLES.

Concours. — Concours pour la chaire de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris.

Les écoles retentissent encore des acclamations qui ont accueilli la nomination de M. Sanson à la chaire vacante de Dupuytren. Quoique nous fassions nous-mêmes grand cas du mérite du nouveau chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, notre intention, pour le moment, est moins de donner notre propre opinion sur le résultat du brillant concours qui vient de se terminer, que d'être l'interprète du sentiment général; nous avons cru le trouver assez bien exprimé dans ces quelques lignes extraites de la *Gazette Médicale* et du *Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales.* « M. Sanson, indépendamment de sa capacité propre, était en outre le candidat des élèves et de Dupuytren; on peut donc dire que sa nomination n'a surpris personne. La nomination de tel ou tel autre des concurrens n'aurait pas surpris davantage, car les chances semblaient si également réparties, qu'il suffisait de la moindre circonstance pour faire pencher la balance.»

Voici comment s'exprime le *Journal des progrès des Sciences médicales.* « Pour M. Sanson commence aujourd'hui une grande et noble tâche; accueilli et protégé par une manifestation sympathique peut-être sans exemple de la part des élèves, il se souviendra, nous l'espérons, que cette sympathie n'a pas été sans influence sur sa nomination, et que ses talens, son zèle et son enseignement, doivent être désormais entièrement acquis à ceux qui l'ont si chaudement défendu, et qui ont été si heureux de son triomphe. Successeur de Dupuytren, dont il fut l'élève et l'ami, il se souviendra de cette vie si pleine et si complétement consacrée à l'instruction des élèves..... Il appartient à M. Sanson de faire revivre les beaux jours de l'enseignement clinique; le sceptre chirurgical, tombé des mains de Dupuytren, est encore à relever; à M. Sanson de tenter cette conquête. Que le triomphe de notre candidat ne nous rende pas injuste envers quelques uns de ses compétiteurs; MM. Blandin, Sédillot, Bérard et Laugier, ont montré dans ce concours que le jour de la justice arrivera aussi pour eux, et que rien n'est perdu pour qui sait attendre sans se décourager. »

Après cette appréciation du vainqueur et de ses antagonistes, nos lecteurs ne seront pas fâchés de parcourir le champ où s'est donné le combat.

Le jury était ainsi composé : président, M. Richerand; secrétaire, M. Réveillé-Parise; juges pour l'école, MM. Richerand, Jules Cloquet, Roux, Marjolin, Gerdy, Velpeau, Moreau, Paul Dubois; suppléans, MM. Duméril et Chomel; pour l'Académie, MM. Breschet, Murat, Réveillé-Parise, Lisfranc; suppléant, M. Gorss. — Concurrens, MM. Sanson, Jobert, Blandin, Sédillot, Laugier, Guerbois, Bérard jc., Lepelletier.

Les épreuves consistaient en deux leçons cliniques et une thèse. Voici les sujets de la double épreuve de leçons cliniques. Pour la première : M. Sanson, 1° ophthalmie; 2° luxation spontanée en haut et en arrière du fémur; M. Jobert, 1° exostose du tibia chez un sujet scrophuleux; 2° engorgement du testicule; M. Blandin, 1° érysipèle phlegmoneux de la jambe; 2° tumeur blanche du genou; M. Guerbois, deux affections d'une nature fort obscure et d'un diagnostic très difficile; M. Lepelletier, 1° phlegmon diffus avec fistule et nécrose de la partie inférieure du bras et engorgement de l'articulation du coude; 2° contusion violente du pied avec engorgement des ganglions de l'aine; M. Sédillot, 1° cancer présumé du rectum; 2° nécrose et fracture du tibia; M. Laugier, 1° fracture du col du fémur; 2° orchite de cause vénérienne; M. Bérard, 1° abcès de la partie supérieure du col; 2° trois tumeurs fluctuantes près du sternum.

Pour la deuxième : M. Sanson, 1° adhérence de la joue droite au tissu des gencives avec fausse enkilose de la mâchoire supérieure; 2° abcès par congestion à la partie supérieure de la cuisse dont la source est restée inconnue; M. Guerbois, 1° cancer de l'utérus; 2° ulcère vénérien à l'avant-bras; M. Laugier, 1° abcès par congestion; 2° vessie regardée comme paralytique; M. Bérard, 1° engorgement du testicule; 2° anus artificiel; M. Sédillot, deux tumeurs blanches; M. Lepelletier, 1° fracture du péroné et de la malléole interne; 2° abcès de la mamelle; M. Blandin, 1° phlegmon de l'aisselle; 2° brûlure du pied et de la jambe par un acide; M. Jobert, 1° luxation ancienne et en arrière de l'avant-bras; 2° ophthalmie syphilitique.

Les sujets de thèses ont été tirés dans l'ordre suivant : M. Guerbois, quelles sont les affections qui compliquent les plaies, surtout après les opérations; M. Sanson, des hémorrhagies traumatiques; M. Lepelletier, des différentes espèces d'érysipèle et de leur traitement; M. Blandin, de l'autoplastie; M. Laugier, des rétrécissemens de l'urètre et de leur traitement; M. Jobert, les collections de sang et de pus dans l'abdomen; M. Bérard, le diagnostic des maladies chirurgicales, ses sources, ses incertitudes et ses erreurs; M. Sédillot, des avantages et des inconvéniens respectifs des amputations dans la continuité et la contiguité des membres.

Chacun des concurrens a dû soutenir une argumentation d'une heure sur sa thèse contre deux de ses adversaires.

Les opérations du scrutin ont offert quelques particularités curieuses. Au premier tour du scrutin, MM. Marjolin, Roux, Lisfranc et Murat, ont voté pour M. Blandin; MM. Velpeau, Richerand, Paul Dubois, Jules Cloquet, pour M. A. Bérard; MM. Gerdy, Chomel, Réveillé-Parise, pour M. Sanson; au second tour de scrutin toutes les voix de M. Bérard ont été acquises à M. Sanson, plus la voix de M. Murat.

Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour une chaire de clinique interne, s'est terminé, il y a quelques jours, par la nomination de M. Forget, ancien rédacteur en chef du *Journal hebdomadaire*. Il a eu pour concurrens MM. Ristelhueber, Schützenberger, Aronssohn et Stœber.

— Le concours pour la chaire d'anatomie vacante par la mutation de M. Cruveilhier, ouvrira le 14 avril prochain. Les concurrens inscrits sont : MM. Blandin, Bérard jeune, Breschet, Broc, Chassaignac, Lebaudy, Sanson (Alphonse), Laurent, Michon, Jobert.

NOUVELLES DIVERSES.

Nécrologie. — La science vient de faire une perte douloureuse, M. Parent du Châtelet a succombé à une maladie cérébrale. Cet honorable médecin s'occupait avec une infatigable persévérance d'hygiène publique, et ses travaux, sur cette matière, avaient acquis une grande et légitime célébrité.

Nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique de l'Académie royale de médecine. — Les candidats présentés par la commission étaient MM. Blandin, Cruveilhier et Scipion Pinel. Sur cent trois votans, quatre-vingt-neuf donnent leur voix à M. Cruveilhier, dix à M. Blandin; MM. Piédagnel, Scipion Pinel, Cayol, Tanchou, chacun une. En conséquence, M. Cruveilhier est proclamé membre de l'Académie.

Nomination par voie d'élection d'un vice-président à l'Académie des sciences pour l'année 1836. — Au premier tour de scrutin, M. Magendie obtient trente-six suffrages; il est déclaré vice-président. M. Charles Dupin, vice-président pour l'année précédente, passe cette année, selon le réglement, à la place de présidence.

Dans la séance du 1er mars, l'Académie de médecine a nommé au scrutin, 1° la commission pour le prix sur la phthisie laryngée; ont été nommés : MM. Louis, Chomel, Honoré, Roche, Andral père, Andral fils; 2° la commission pour le prix d'anatomie pathologique; elle se compose de MM. Ribes, Andral fils, Double, Cornac et Martin Solon; 3° la commission pour le prix fondé par Me Michel, et qui se composera de MM. Pariset, Esquirol, Ferrus et Fabret.

— Le tribunal de Rouen, le même qui condamna M. Thouret-Noroy, vient de rendre un arrêt tout opposé dans une affaire semblable. Il s'agissait d'une jambe cassée, qui, au dire du plaignant, le sieur Roy, n'avait pas été soignée d'après toutes les règles de l'art; si bien que le mollet, au lieu de se trouver par derrière, comme c'est l'usage, se trouvait par devant. En conséquence, M. Roy refusait de payer à M. Dubuc, son médecin, la somme de 300 fr. que celui-ci réclamait pour ses honoraires, et de plus, demandait 1,200 fr. de dommages-intérêts et une rente viagère de 600 fr.

Le tribunal de Rouen, mieux inspiré cette fois que dans l'affaire de M. Thouret-Noroy, ne s'en est pas tenu à des dépositions de paysans, il a demandé une enquête médicale qui a été tout en faveur de M. Dubuc. Les médecins et chirurgiens consultés ont déclaré que la difformité dont se plaint le sieur Roy, ne provenait nullement du vice du traitement mis en usage, mais bien de la gravité de la fracture, gravité telle, que le malade devait s'estimer heureux d'avoir conservé sa jambe, qu'on aurait pu amputer sans être taxé d'impéritie.

Le tribunal, jugeant conformément à cette décision, de MM. Flaubert, Blanche et Couronné, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, a débouté Roy de sa demande en dommages-intérêts et l'a condamné à payer au médecin les 300 fr. par lui réclamés, et 100 fr. en sus, en compensation de son accusation calomnieuse.

ERRATA.

Dans le dernier numéro de notre Journal (Mars), Obs. I, page 376, deuxième colonne, ligne 31, au lieu de : *Oxide bl. d'antim.* ℥j, lisez *Oxid. bl. d'ant.* ʒj.

Même page, même colonne, ligne 58, au lieu de : *Oxid. bl. d'antim.* t), lisez *Oxid. bl. d'ant.* ℈j.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PLANCHE XXXI.

RÉGION AXILLAIRE ANTÉRIEURE ET PROFONDE.

(*Homme, côté droit, grandeur naturelle.*)

A, B, le côté droit de la face et du cou; C, D, le sommet et le devant de l'épaule; E, F, l'aisselle et le côté du thorax; G, H, le mamelon et le devant du sternum. — 1, 1, 1, le muscle deltoïde relevé par des épingles; 2, 2, 2, le muscle sous-scapulaire; 3, 3, 3, aponévroses tendues au devant des muscles intercostaux externes: 4, 4, 4' 4' portion claviculaire, et 5, 5, 5', 5', portion sternale du muscle grand pectoral; 6, petite portion muscle sous-clavier; 7, 8, coupe de l'apophyse coracoïde; 9, le muscle petit pectoral; 10, le muscle coraco-brachial; et 11, 11, la courte portion du biceps qui s'insère à l'apophyse coracoïde; — 12, 12, veine sous-clavière; 13, 13, artère axillaire; 14, 14, 14, plexus brachial.

J. LEBAUDY.

PLANCHE XXXII.

COUPES VERTICALES ET TRANSVERSALES, DE PLUS EN PLUS RECULÉES, DU CRANE ET DU CERVEAU.

Fig. 1. *Surface antérieure d'une première coupe faite à deux lignes environ par derrière l'extrémité antérieure recourbée du corps calleux ou* plafond *des ventricules.*

1, 1, suture fronto-pariétale.

2, 2, coupe des os du crâne et de la dure-mère ou méninge.

3, coupe transversale et ouverture du sinus longitudinal supérieur.

4, 4, circonvolutions cérébrales supérieures, dont quelques unes sont visiblement recouvertes d'une écorce jaunâtre de moins d'une ligne d'épaisseur.

5, faux de la dure-mère ou méninge, dont le bord libre descend à quatre lignes, environ, au dessus de l'extrémité antérieure du corps calleux ou plafond des ventricules.

6, 6, 7, branches médullaires supérieures qui émanent du tronc médullaire supérieur ou *medullum* (7, 8), qu'on a mal à propos décrit sous le nom de centre ovale de Vieussens.

7, 8, medullum supérieur qui fournit, outre les branches médullaires supérieures, les médullaires externes, 9.

9", 9", écorce jaunâtre des circonvolutions latérales des côtés droit et gauche du cerveau.

10, coupe perpendiculaire et transversale du corps calleux ou plafond qui réunit les deux lobes du cerveau sur la ligne médiane en formant une grande commissure supérieure. Les fibres transversales qu'on y remarque ne sont guère distinctes que dans l'étendue d'un pouce.

11, 11, partie supérieure et externe des faisceaux de la lame *striée*, ou tout simplement de la *striée*, qui est coupée en travers, et se continue en dehors avec le bord externe du calleux et peut-être avec sa surface inférieure. Cette lame forme un cornet entr'ouvert dans sa longueur comme un oubli, et je la désignerai quelquefois sous ce nom de cornet; il ressemble à une oreille de cheval qui serait ouverte par son côté interne. Le sommet du cornet se continue avec le pédoncule du cerveau, par dessous l'*opticos* ou couche optique. Sa base est tournée en dehors vers le bord externe du corps strié, et se continue avec la substance médullaire externe des lobes cérébraux que nous désignerons bientôt sous le nom d'*isthme*. Le grand côté du cornet correspond au côté interne du corps strié et s'étend en avant jusqu'à sa base. Le petit côté se voit derrière et sous l'opticos ou couche optique, sous la queue cendrée du corps strié, laquelle se prolonge dans le ventricule latéral inférieur.

12, cloison cérébrale, ou simplement cloison avec sa cavité.

13, 13, cendré supérieur et interne du corps strié.

14, filets médullaires supérieurs isolés, venant du pédoncule.

15, lame striée, coupée en travers, et découverte par sa surface supérieure du cendré qui cache ses faisceaux.

16, cendré inférieur et externe, où l'on voit ordinairement aussi des filets médullaires inférieurs et externes, isolés comme les supérieurs.

17, partie inférieure de la cloison.

18, l'isthme, lame médullaire plus ou moins épaisse, suivant les points où on l'observe. Elle se continue en partie en haut et en dedans avec les faisceaux du cornet ou de la lame striée 11, en haut directement avec le *medullum* ou tronc médullaire supérieur, en bas avec le tronc médullaire inférieur ou medullum inférieur qu'elle unit. C'est pourquoi je l'appelle l'isthme.

17, 19, lame unitive ou le *lien*, s'unissant avec l'opposée, et paraissant se continuer avec le côté correspondant de la cloison, en liant entre eux les deux côtés opposés du cerveau.

N. B. Il suit de ces dispositions que le corps strié, 13, 14, 16, est entouré partout par une enveloppe médullaire composée supérieurement du corps calleux ou plafond, 10; de l'isthme en dehors, 18; du medullum inférieur en bas, 18, 19; en dedans du lien, 17, 19, qui concourt à former la cloison, semble faire suite au corps calleux et former, en venant s'unir, en 12, au corps calleux, une enveloppe complète pour le corps strié, une poche cérébrale qui est remplie par le corps strié et l'opticos saillant dans les ventricules latéraux dont la cavité vide laisse leurs parois contiguës se toucher par toute leur surface.

20, 20, lames médullaires des circonvolutions inférieures du lobe antérieur.

21, 21, nerfs olfactifs coupés en travers.

22, 22, partie inférieure de la méninge, enveloppant le cerveau par en bas.

23, partie inférieure et antérieure de la scissure longitudinale ou interlobaire du cerveau.

24, 24, sinus sphénoïdaux, transversalement ouverts.

Fig. 2. *Surface postérieure du fragment antérieur détaché par la première coupe.*

10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, ils représentent les mêmes choses que les chiffres correspondans de la fig. première.

15, surface externe et inférieure de la lame striée découverte du cendré inférieur, et dont on voit les faisceaux se porter en avant et en dehors dans les circonvolutions du lobe antérieur du cerveau.

18, configuration de l'espace occupé au fond antérieur du ventricule supérieur par la base du cendré supérieur et interne.

Fig. 3. *Surface antérieure d'une deuxième coupe, passant un peu au devant des apophyses clinoïdes postérieures, par la partie antérieure des fosses temporales.*

1, 1, sommet du crâne; — 2, 2, coupe du crâne et de la méninge; — 3, coupe perpendiculaire du sinus longitudinal supérieur qui en montre la cavité; — 4, 4, circonvolutions supérieures revêtues de l'écorce jaunâtre; — 5, faux de la dure-mère descendant à trois ou quatre lignes de la surface supérieure du corps calleux ou plafond; — 6, 6, lames ou rameaux médullaires supérieurs; — 7, 7, branche médullaire supérieure; — 8, tronc médullaire ou medullum supérieur; — 9, 9, branche ou lame médullaire latérale externe du tronc; — 9", 9", écorce jaunâtre des circonvolutions; — 10, corps calleux ou plafond formé de fibres transversales, distinctes dans l'étendue d'un pouce environ; — 11, partie supérieure de la lame striée composée de faisceaux médullaires divergens en avant et en dehors. Ces faisceaux sont coupés, et les supérieurs et externes semblent se continuer en haut et en dedans avec les fibres de la surface inférieure du corps calleux, et en bas et en dehors avec l'isthme, sans que jamais on distingue les fibres de ces faisceaux passant à travers le corps calleux ou l'isthme, pour gagner les

circonvolutions externes du cerveau, comme on le croit généralement. — 12, cavité de la cloison; — 13, cendré supérieur du corps strié parsemé de filets médullaires isolés; — 14, milieu de la coupe de la lame striée; — 15, faisceaux de la lame striée mis à nu par l'ablation d'une grande partie du cendré supérieur; — 16, cendré inférieur du côté droit, ablation du cendré inférieur gauche, pour isoler la striée, par ses deux faces; — 17, 18, 18, 19, comme dans la fig. première; — 20, 20, lames ou branches médullaires inférieures pour les circonvolutions cérébrales inférieures; — 21, 21, nerfs olfactifs coupés; — 22, nerf optique; — 23, partie inférieure et antérieure de la scissure longitudinale; — 24, 24, sinus sphénoïdaux ouverts largement.

Fig. 4. *Surface postérieure du fragment antérieur détaché par la deuxième coupe.*

10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, comme dans la fig. 2.

—

Pl. XXXIII.

Fig. 5. *Troisième coupe transversale et verticale du cerveau, faite immédiatement au delà des apophyses clénoïdes antérieures et à travers le carré optique.*

1, 1, coupe des os du crâne; — 2, 2, coupe de la dure-mère; — 3, ouverture du sinus longitudinal supérieur; — 4, 4, circonvolutions supérieures; — 5, faux de la méninge descendant jusque vers la surface supérieure du corps calleux ou plafond, tandis que dans les coupes antérieures précédentes elle s'en approche moins près; — 6, 6, 7, 7, branches ou lames médullaires supérieures; — 8, tronc médullaire ou medullum supérieur; — 9, branche ou partie médullaire latérale externe, allant aux circonvolutions supérieures à la scissure de Sylvius, et aux circonvolutions profondes de cette scissure; — 10, corps calleux ou plafond avec ses fibres transverses, visibles dans l'étendue d'un pouce; — 11, point où les faisceaux externes de la lame striée s'unissent avec le plafond, le tronc médullaire supérieur, et avec l'isthme; — 12, cendré supérieur et interne, devenant très étroit; — 13, ténia semi-circulaire, ou *anneau pédonculaire* qui entoure presque complétement le pédoncule entre le cendré supérieur et l'opticos; — 14, toile choroïdienne et plexus choroïde; — 15, piliers antérieurs de la voûte ou faisceaux antérieurs de la commissure moyenne; — 16, cavité de la cloison; — 17, 17, arcades médullaires, dont l'interne est jaunâtre. Elles sont formées par des espèces de lames courbes, minces, au nombre de deux ou trois. Elles divisent de haut en bas et d'avant en arrière le cendré inférieur que traversent, en divergeant de dedans en dehors, une multitude de filets médullaires; ces filets semblent anastomosés dans chaque arcade, et chaque arcade tient en haut à la lame striée (17, 12, 11); — 18, cendré de l'isthme qui divise l'isthme; — 19, partie interne du cendré inférieur; — 20, *cordon* ou commissure antérieure, coupée obliquement, parce que le cordon qui la forme se porte obliquement de chaque côté, de dedans en dehors et en arrière; — 21, portion inférieure de la lame cendrée qui divise l'isthme; — 22, carré optique; — 23, *tache* cendrée au milieu de la substance médullaire temporale ou inférieure; — 24, tige pituitaire.

Fig. 6. *Surface postérieure du fragment antérieur détaché par la troisième coupe.*

10, corps calleux ou plafond; — 11, partie supérieure de la lame striée; — 12, extrémité postérieure rétrécie en queue de poire du cendré supérieur; — 13, ténia; — 14, faisceaux antérieurs de la voûte; — 15, toile et plexus choroïdiens; — 16, surface postérieure des faisceaux antérieurs de la voûte, ou commissure moyenne; — 17, cendré inférieur divisé par deux arcades formées, l'interne de matière jaunâtre, l'externe de matière blanche; — 18, coupe verticale des faisceaux antérieurs de la voûte au point où ils se plongent en dedans des couches optiques pour aller aux tubercules mamillaires; — 19, cordon ou la commissure antérieure à nu sur la ligne médiane et sur les côtés, 20, dans presque toute sa longueur; — 21, paroi antérieure très étroite du ventricule médian; — 22, coupe transverse du carré optique; — 23, nerfs optiques divergens en avant et en dehors.

Fig. 7. *Surface antérieure d'une quatrième coupe verticale et transversale du crâne, passant par l'apophyse styloïde, le canal carotidien et un peu au devant des nerfs moteurs oculaires communs.*

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, indiquent les mêmes parties que la fig. 5, mais dans un point un peu plus reculé; — 16, 17, arcades cendrées et jaunâtres se succédant de haut en bas dans l'épaisseur des couches optiques, séparées par une substance cendrée plus foncée; — 18, l'isthme; — 19, partie inférieure de la lame striée, formée par le pédoncule aplati se glissant de bas en haut sous la couche optique 16, 17, le cendré supérieur 12, et au dessus du cendré inférieur 20; — 19, division du pédoncule qui embrasse là, en haut, en bas et en arrière, le cendré inférieur dans le fond du cornet; — 20, cendré inférieur, offrant en ce point une figure prismatique et triangulaire qui remplit le fond du cornet; — 21, portion inférieure et postérieure de la lame striée ou cornet; — 22, noyau cendré caché dans l'épaisseur de la substance médullaire du pédoncule; — 23, figure de la coupe perpendiculaire de la corne d'Ammon, de la *crosse* et de la portion inférieure du ventricule latéral; 20, répond proprement à la cornée, et 24 au renflement de la crosse qui suit la convexité de la corne cérébrale; — 25, écorce jaune des parties précédentes qui sont des circonvallations; — 26, moteurs oculaires communs, divergeant en avant et en dehors.

Fig. 8. *Surface postérieure du fragment antérieur détaché par la quatrième coupe de la pièce qui a servi à la septième figure.*

10, 11, indiquent les mêmes parties que dans la figure précédente; — 12, cendré supérieur, séparé de l'opticos par une lame dont le ténia n'est que le bord supérieur; — 13, toile choroï-

dienne ; — 14, faisceaux antérieurs de la voûte ou commissure moyenne ; — 15, 16, 18, arcades de substance rose des couches optiques, tranchant sur le fond jaunâtre de ces couches ; — 19, 20, 21, 23, 24, 25, indiquant les mêmes parties que dans la fig. 7 ; — 26, tubercules mamillaires, vus par derrière ; — 27, tige pituitaire, vue de la même manière.

P.-N. GERDY.

—

PLANCHE XXXIV.

ARTÈRE POPLITÉE.

Dans la première figure, la pièce est vue en arrière ;

Dans la deuxième, du côté interne ;

Dans la troisième, en dehors et un peu en devant.

La deuxième figure n'étant que le développement de la première, on n'a pas cru nécessaire d'y mettre des chiffres indicatifs.

La pièce préparée est déposée dans les cabinets d'anatomie de la Faculté, et représentée ici par trois figures.

H. GOURAUD.

—

PLANCHE XXXV.

MALADIES CHRONIQUES DU LARYNX.

Fig. 1. *Larynx à l'état sain, vu par derrière.*

Fig. 2. *Tumeur tuberculeuse du larynx avec œdème de la glotte, vue par derrière.*

a, a, a, tumeur tuberculeuse placée entre la concavité du cartilage thyroïde et la convexité du cricoïde.

b, b, le ligament arythéno-épiglottique du côté gauche œdématié.

c, c, le ligament arythéno-épiglottique du côté droit à l'état sain.

d, l'épiglotte œdématiée.

e, tissu cellulaire œdématié.

f, le cartilage cricoïde ; — *g,* la trachée.

h, h, les grandes cornes de l'os hyoïde.

i, i, les grandes cornes du cartilage thyroïde.

Fig. 3. *Le même larynx ouvert par derrière sur la ligne médiane et vu en dedans.*

a, a, la tumeur déjà indiquée. — *b, b, c, c, d,* mêmes parties que dans la figure précédente.

d', la tumeur sortant du ventricule gauche et faisant saillie dans l'intérieur du larynx qu'elle obturait presque entièrement.

e, les bords du ventricule gauche du larynx épaissis et renversés ; l'ouverture du ventricule dilatée pour livrer passage à la tumeur.

f, ventricule droit à l'état sain.

g, g, g, l'ouverture faite à la trachée et au larynx, pour remédier à l'asphyxie devenue imminente.

h, h, le cartilage cricoïde ; — *i, i, i,* la trachée artère.

k, k, les grandes cornes de l'os hyoïde ; — *l, l,* les grandes cornes du cartilage thyroïde.

Fig. 4. *Nécrose du cartilage cricoïde.*

a, l'épiglotte. — *b, b,* le cartilage cricoïde. — *c, c,* les deux arythénoïdes. — *d, d,* le cartilage cricoïde nécrosé.

e, f, f, la trachée artère.

Fig. 5. *Double œdème de la glotte.*

a, a, les deux ligamens arythéno-épiglottiques tuméfiés et œdématiés (œdème de la glotte des auteurs).

b, l'épiglotte œdématiée.

c, c, l'os hyoïde. — *d, d,* le cartilage thyroïde.

Fig. 6. *Le même larynx ouvert par derrière et vu en dedans.*

a, a, les deux ligamens arythéno-épiglottiques tuméfiés et œdématiés (*improprement :* œdème de la glotte).

b, œdème de l'épiglotte.

c, les deux cordes vocales du côté gauche tuméfiées, œdémateuses et resserrant l'ouverture du ventricule du larynx (véritable œdème de la glotte).

d, d, œdème et ulcérations de la corde vocale inférieure du côté droit.

e, œdème de la corde vocale supérieure du côté droit.

f, f, cartilage cricoïde. — *g, g, g,* trachée. — *h, h,* os hyoïde. — *c, c,* cartilage thyroïde.

Fig. 7. *Canule à trachéotomie pour les adultes, dans le cas de maladie chronique du larynx.*

a, ouverture antérieure de la canule. — *b,* ouverture postérieure. — *c, c,* anneaux pour attacher les rubans.

A. TROUSSEAU.

—

PLANCHE XXXVI.

ARTÈRE CRURALE SOUS LE COUTURIER, AVANT DE TRAVERSER LE NEUVIÈME ADDUCTEUR.

(*Homme adulte, côté droit.*)

La cuisse et la jambe ont été écartées le plus possible de la ligne médiane et la pointe du pied tournée et maintenue fortement en dehors.

A, B, le côté externe et antérieur de la cuisse ; C, le sommet de la rotule ; D, le dedans du genou ; F, saillie du condyle interne ; E, saillie des jumeaux ; F, G, la partie postérieure et interne de la cuisse ; I, le gland ; K, L, haut de la face antérieure de la cuisse ; — *a, a, a, b, b, b,* coupe des tégumens ; *a', a', a',* coupe du *fascia lata ; c, c, c,* le muscle couturier relevé ; *f, f, f,* le reste interne du triceps ; *g, g, g,* l'artère crurale ; *h, h, h,* cintre aponévrotique sous lequel passe l'artère ; *i, i,* rameau nerveux superficiel ; *k, k,* rameau nerveux accompagnant l'artère crural et passant avec elle dans le creux du jarret.

J. LEBAUDY.

Le Directeur de service J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° XI. — MAI 1836.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Revue clinique.

Clinique chirurgicale.

Hospice de la Salpétrière. — Service de M. Bérard *jeune.*

HERNIE ÉTRANGLÉE.

Trois opérations de hernies étranglées ont été pratiquées dans le courant de l'année dans cet hospice. Toutes trois étaient crurales. Deux d'entre elles existaient à gauche et étaient formées par l'intestin et l'épiploon, qui, dans les deux cas, était rendu irréductible par d'anciennes adhérences. Il n'est pas besoin d'insister sur les raisons anatomiques qui rendent les épiplocèles plus fréquentes à gauche qu'à droite; mais il est à remarquer peut-être que cette partie peut, en rétrécissant l'anneau, devenir une des causes de l'étranglement, alors qu'une petite portion d'intestin se glisse entre le bord interne de l'anneau et l'épiploon, qui, ordinairement, en est dehors. Cela du reste s'entend surtout des hernies crurales, l'étranglement dans les hernies inguinales étant produit, suivant la remarque de Dupuytren, par le collet du sac neuf fois sur dix; M. Bérard pense même que cette proportion est trop faible. Deux des trois opérations pratiquées ont été suivies de succès. Toutefois l'une de ces deux opérées a succombé trois mois après l'opération, et alors qu'elle était sortie des salles parfaitement guérie, à une perforation intestinale, suite d'un écart de régime. — Des anses intestinales adhéraient fortement au niveau de l'anneau; à côté de la perforation qui paraissait avoir eu lieu du dehors au dedans de l'intestin, ses bords étant taillés en biseau dans ce sens, existaient plusieurs petites érosions superficielles de la tunique externe du conduit. On doit attribuer cette perforation à la rupture de quelques unes des adhérences moins fortes que les autres. Cette déchirure est, suivant la remarque du professeur, ainsi que l'étranglement causé par le passage d'une portion d'intestin à travers un cercle formé par des anses intestinales adhérentes, soit au pourtour de l'anneau, soit à d'autres portions de l'intestin, un des accidens consécutifs les plus communs, à la suite de l'opération qui nous occupe, et pour en prévenir le développement, on doit autant que possible entretenir la liberté du ventre.

Les deux autres hernies opérées contenaient, comme je l'ai déjà dit, une portion d'épiploon adhérente au niveau de l'anneau. On procéda différemment dans les deux cas. Dans le premier, que je ne ferai qu'indiquer, car il n'offre guère d'intérêt que sous ce point de vue, après réduction de l'intestin, l'épiploon ne pouvant rentrer dans l'abdomen, M. Bérard le laissa dans la plaie, puis fit le pansement ordinaire. Le quatrième jour, l'inflammation, qui n'avait pas encore donné naissance à une suppuration de bonne nature, s'étendit vers les parties voisines avec emphysème du tissu cellulaire. L'épiploon se gangréna à sa surface. Le cinquième jour, se déclarèrent des symptômes de péritonite et de pleurésie, avec lesquels elle succomba le sixième. A l'autopsie, outre les caractères anatomiques de ces affections, on trouva une inflammation du tissu cellulaire, voisin de la plaie; le pus commençait à se rassembler en petits foyers. Il n'existait d'autres adhérences au niveau de l'anneau que des fausses membranes anciennes très courtes et très fortes qui maintenaient l'épiploon en dehors et avaient empêché la réduction après l'opération.

Il n'y avait donc eu aucun travail plastique dans la plaie. L'épiploon laissé en place ne remplissait nullement l'effet qu'on en attendait, je veux dire l'obturation de l'anneau comme par un bouchon. De plus, il était très probablement pour quelque chose dans l'inflammation phlegmoneuse de l'aîne.

Il est difficile, en effet, qu'une masse de graisse volumineuse engorgée par un étranglement un peu prolongé, exposée au contact de l'air, devienne immédiatement le siége de bourgeons de bonne nature susceptibles de faire la base d'une cicatrice. Les parties superficielles devront se gangréner et l'inflammation nécessaire à l'élimination des parties mortifiées pourra se propager aux parties voisines, quelquefois avec de mauvais caractères. Les avantages résultant du séjour de l'épiploon au niveau de l'anneau n'en existent pas moins d'ailleurs, alors qu'on excise la portion herniée, puisque c'est véritablement le pédicule seul qui peut servir d'obturateur, et que la section ne s'étend pas jusque-là. A moins que la masse de l'épiplocèle ne soit énorme, on n'a pas non plus à craindre l'hémorrhagie, les vaisseaux qui se trouvent au bord libre de l'épiploon étant de petit calibre, de même que ceux qui se trouvent au bord adhérent de l'intestin. D'ailleurs on peut lier ou tordre, si l'écoulement du sang devenait par trop abondant.

Ces motifs engagèrent M. Bérard à recourir à l'excision, dans le cas que je vais rapporter.

Observation. Entéro-épiplocèle crurale étranglée.—Opération.-Complication d'adhérence des viscères à l'anneau. — Débridement sur l'anneau en dehors du sac et d'avant en arrière. — Rupture des adhérences et réduction de l'intestin. — Section de l'épiploon irréductible. — Guérison.

La femme Noucher, âgée de quatre-vingts ans et demi, encore forte et bien constituée, portait depuis environ quatre ou cinq ans une hernie gauche qui était survenue à la suite d'un effort et qu'elle réduisait facilement elle-même. Cependant dès long-temps elle avait abandonné l'usage du bandage qu'elle s'était autrefois astreinte à porter, et elle ne pouvait plus faire rentrer toute la portion herniée, lorsque le 12 août 1835, vers midi, la hernie sortie devint plus volumineuse; elle ne put rien faire rentrer. Deux heures après, vomissemens qui se continuent la nuit et le lendemain à plusieurs reprises. L'interne de garde, appelé le 13 au soir, reconnut l'accident, pratiqua pendant demi-heure le taxis qui, déjà, avait été essayé par un autre élève, le tout infructueusement. Il prescrivit alors un lavement avec une once de tabac et huit grains d'émétique pour deux livres d'eau en deux fois. Le lavement fut pris, gardé, puis rendu avec quelques matières; mais les vomissemens continuèrent. La tumeur resta tendue, devint un peu douloureuse, et le 14 au matin, la malade était dans l'état suivant:

Facies peu altéré; soif, langue sèche, pouls plein, fort, non fébrile, un peu de douleur de ventre à la pression; un vomissement vient d'avoir lieu; hoquets assez fréquens. — La région inguinale gauche est le siége d'une grosseur du volume d'une pomme irrégulièrement ovale, à grand axe oblique dans le sens de l'aîne; son extrémité interne rénitente est comme surajoutée au reste de la tumeur, qui offre une consistance pâteuse. D'après ces caractères, M. Bérard diagnostique une entéro-épiplocèle; il reconnaît aussi une hernie crurale, car l'anneau inguinal paraît libre et on peut suivre le ligament de Fallope dans presque toute son étendue. La tumeur est très tendue et un peu douloureuse.

Le taxis pratiqué dans diverses positions, et en particulier selon la méthode anglaise, c'est-à-dire, la malade étant couchée sur le côté opposé au côté de la hernie, ne détermine aucun changement, soit dans la disposition, soit dans le volume de la tumeur. Il ne fait d'ailleurs éprouver à la malade d'autre sensation qu'une douleur purement locale. L'opération est alors proposée à la malade qui, jouissant de toute son intelligence, l'accepte sans hésiter; elle est pratiquée à neuf heures du matin.

Le chirurgien, placé au côté droit du lit, fait sur la peau de la tumeur, tendue par des aides, une incision légèrement oblique, de deux pouces et demi de longueur, répondant à l'anneau crural. Comme d'ordinaire, il la pratique sans préalablement faire aucun pli à la peau; en opérant ainsi à main levée, on a l'avantage de donner à l'incision la longueur que l'on veut et on évite au patient les douleurs inutiles qu'on est obligé de lui faire subir, alors qu'en incisant sur un pli, la plaie n'a pas une étendue convenable, et qu'il faut l'agrandir. M. Bérard fait également observer qu'en pratiquant l'incision on ne doit pas avoir égard à la position de la tumeur, mais seulement à l'ouverture par laquelle elle s'est fait jour au dehors. C'est pour cela que, dans le cas qui nous occupe, la partie la plus volumineuse de la masse herniée est en dehors de l'incision. Le tissu cellulaire est coupé couche par couche, deux ou trois feuillets cellulo-fibreux, entre lesquels est épanchée une petite quantité de sérosité, sont ensuite coupés sur la sonde cannelée. On arrive enfin au sac qui, ouvert avec la pince et le bistouri, laisse aussitôt échapper plusieurs cuillerées de sang noir. Il est ensuite divisé en haut et en bas, sur la sonde. Les bords écartés par des aides laissent apercevoir une portion assez volumineuse d'épiploon dont les veines sont gorgées de sang et dont le tissu adipeux est fortement coloré en rouge. Pour atteindre l'extrémité interne de la tumeur, l'opérateur prolonge un peu l'angle inférieur de l'incision, et voit alors à la partie interne du pédicule de l'épiploon hernié une anse intestinale du volume d'un œuf de pigeon, d'un noir brillant, mais dépoli en plusieurs points de sa surface. Sur le lambeau du sac qui recouvrait l'intestin on voit un petit feuillet qui doublait le sac en ce point. On reconnaît bientôt que ce n'est autre chose qu'une fausse membrane dont la sécrétion récente, à en juger du moins par leur force et leur consistance, a établi des adhérences entre l'intestin et l'épiploon, et plus encore entre cet organe et le collet du sac. Plusieurs de ces adhérences sont détruites à l'aide du doigt, de la sonde cannelée, parfois même du bistouri. Mais c'est en vain que, malgré la précaution prise de conserver du côté supérieur de la plaie une plus grande étendue du sac, on essaie d'introduire entre son collet et l'intestin la sonde ou même un stylet boutonné. Tout à l'entour de ce viscère on sent une résistance due manifestement aux adhérences. Craignant que des efforts plus prolongés ne déterminent la rupture de l'intestin ou de quelques unes de ses tuniques au niveau de l'étranglement; reconnaissant l'inutilité de ses tentatives pour en attirer au dehors une plus grande longueur, l'opérateur fait renverser de haut en bas le lambeau supérieur du sac, met dessus le doigt indicateur gauche, protégeant ainsi de l'ongle les parties herniées; puis, disséquant d'avant en arrière avec le bistouri courbe, coupe successivement la graisse et les lames du fascia superficialis, et enfin, arrivant sur le ligament de Fallope, l'incise sans toucher au sac en avant et en haut. Une légère traction exercée sur l'intestin suffit alors pour détruire les adhérences et permet d'en ramener au dehors une plus grande longueur. Au niveau de l'étranglement, l'intestin est parfaitement sain, seulement on aperçoit quelques plis longitudinaux résultant de la rupture des fausses membranes; on voit encore sur l'anse primitivement herniée des érosions superficielles dues à ces déchirures. Il est facile alors de réduire. Plusieurs adhérences de l'épiploon au sac sont ensuite coupées avec le bistouri; mais au niveau du collet elles sont si nombreuses et si fortes, que M. Bérard ne ju-

geant pas prudent de pousser plus loin ses tentatives de réduction, et fondé sur les motifs que j'ai exposés plus haut, fit, avec des ciseaux droits, la section de toute la portion saillante ; les lambeaux du sac qui ont été dénudés sont ensuite réséqués. Aucune hémorrhagie n'ayant lieu, on procéda au pansement qui fut fait comme d'ordinaire avec un linge feuêtré enduit de cérat, de la charpie, des compresses et le bandage triangulaire de l'aîne, bandage qui a sur le spica l'avantage d'être appliqué facilement sans fatiguer le malade, et qui, les jours suivans, permet de faire le pansement sans le soulever. (D. gomme, sirop de gomme.)

L'opération, quoique laborieuse, a causé peu de douleurs, si ce n'est lors de la première incision et de la dissection faite pour débrider. Peu de temps après l'opération, il s'échappa des gaz par l'anus. Dans la journée, quelques douleurs abdominales, surtout vers le flanc droit. Vers six heures du soir, hoquet assez violent, sans vomissement, pouls fort développé, à quatre-vingts environ. Sonoréité du ventre. — Je prescris vingt-cinq sangsues sur le lieu douloureux, fomentations, lavemens.

Le 15, plus de hoquet, pouls plein, moins fréquent; facies satisfaisant; ventre peu douloureux. D. fomentations émollientes.

Le 16, une selle a eu lieu hier soir. Lavemens, bouillon.

Le 17, pouls à soixante-dix, plein, régulier. L'appareil est levé: on trouve la suppuration établie; la plaie est d'une couleur vermeille ; sur le côté gauche du ventre un peu de douleur qui se manifeste surtout à la pression et semble suivre le trajet de l'épiploon. *Ut suprà.* Quinze sangsues sur les parties douloureuses.

Les jours suivans, il se manifeste un peu de hoquet à diverses reprises, mais la douleur de ventre est tout-à-fait passée, et malgré une imprudence de la malade, qui a pris du café le 18, elle va parfaitement. — Pas de selles, mais beaucoup de gaz qui sortent avec difficulté; l'épiploon, au niveau de sa section, est recouvert de bourgeons vermeils. — Le ventre est resté un peu tendu dans le lieu où il était douloureux. On lui accorda deux soupes et du bouillon.

Le 22, la constipation persistant, malgré deux potions avec huile d'amandes douces et sirop de violettes ãã ℥j, données les jours précédens, on prescrit une once d'huile de ricin qui détermine quatre selles abondantes de matières dures.

Le 24, elle est un peu mal à son aise, mais le ventre est souple et le pouls naturel. Le quart, vin de Malaga ℥ par jour.

Les jours suivans, elle va très bien; la plaie se rétrécit de plus en plus; on la touche avec le nitrate d'argent; elle est entièrement cicatrisée le 19 septembre, un mois et quelques jours après l'opération. Les selles sont seulement un peu lentes; il a été nécessaire d'employer encore deux fois les laxatifs.

J'ai insisté, dans le cours de l'observation, sur la manière hardie par laquelle M. Bérard, abandonnant la méthode ordinaire de herniotomie, alla débrider, comme Astley Cooper le conseille, de dehors en dedans, et triompha des difficultés que lui suscitaient les adhérences qui unissaient le collet du sac à l'intestin. Ce qu'il me reste à noter ici, c'est l'interposition d'un liquide entre les divers feuillets fibreux qui recouvrent l'aîne, feuillets si nombreux, qu'une dissection minutieuse, faite par M. Thompson, en a isolé jusqu'à dix-sept.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de l'histoire des hernies, ont observé ces kystes, remplis de sérosité ou même de sang, qui, se formant au devant d'une tumeur herniaire, peuvent en imposer pour le sac lui-même et faire croire qu'on est arrivé dans son intérieur, alors qu'on les a seulement ouvertes; mais aucun de ces chirurgiens, que je sache, n'a donné une explication plausible de ce fait. M. Bérard attribue ces kystes au taxis long-temps prolongé. La malaxation, dit-il, qui résulte de cette manœuvre, peut-être innocente sur des parties qui conserveraient leur forme normale, pratiquée sur des tissus soulevés par une tumeur arrondie, fait rouler les unes sur les autres les lames fibreuses dont j'ai parlé, les dissèque pour ainsi dire, les sépare, rompt leurs vaisseaux et donne lieu à l'épanchement indiqué. C'est en effet dans les deux seuls cas où le taxis a été prolongé, que nous avons eu l'occasion d'observer ces poches; et ce qui est encore plus probant, c'est dans celui où il a été le plus prolongé que la poche a été plus considérable. Dans l'observation dont nous avons donné les détails, nous avons vu plusieurs de ces petits kystes, mais contenant peu de liquide et par conséquent peu importans pour le diagnostic. Chez l'autre malade, où le taxis avait été prolongé pendant plusieurs heures, M. Bérard, après être arrivé assez profondément, vit s'écouler à l'incision d'un feuillet membraneux une assez grande quantité de sérosité sanguinolente; le feuillet qui recouvrait toute la portion herniée était libre par ses faces jusqu'à l'anneau, et le viscère hernié paraissait être l'épiploon ; cependant des recherches assez longues convainquirent l'opérateur que le sac n'était pas ouvert et que ce qu'on prenait pour l'épiploon n'était que ce sac lui-même, recouvert de tissu adipeux par sa face externe. L'incision mit à nu un entérocèle, dont la rénitence à travers le sac avait contribué à faire reconnaître l'erreur. Il est donc important de ne point perdre de vue ces faits et de prendre garde de tomber dans la même erreur de diagnostic, toutes les fois qu'on aura affaire à une hernie pour laquelle les manœuvres de réduction auront été long-temps pratiquées.

Clinique médicale.

NÉVRALGIES REBELLES. — SECTION DES NERFS MALADES.

Quelques cas intéressans ont fourni à M. Bérard le sujet de remarques très importantes sur les affections bornées à certains nerfs et sur les fonctions de ces organes.

M. Bérard aîné, dans un mémoire publié dans ce journal (1), a rassemblé les principaux faits relatifs à la paralysie des mouvemens de la face, par suite de la section ou d'une affec-

(1) Voir deuxième année du tome 2, page 554.

tion morbide du nerf facial. A peu près à la même époque, nous avons pu voir la contre-épreuve de ces faits sur une malade qui fut, par une opération, privée entièrement de la sensibilité d'un côté de la face, tandis que les mouvemens étaient parfaitement conservés. Voici l'observation.

Névralgie du nerf sous-orbitaire, datant de vingt ans. — Insuccès de tous les moyens ordinaires. — Résection du nerf. — Guérison.

Anne-Marguerite Roux, âgée de soixante-six ans, maigre, est assez bien conservée. Jamais elle n'a fait de fortes maladies et ne souffre que de l'affection pour laquelle elle est dans cet hospice. Il y a dix-huit ou vingt ans que, sans cause connue, sans coups ni chute sur la joue, sans douleurs antécédentes des dents de la mâchoire supérieure (elle en avait eues à la mâchoire inférieure), elle fut prise d'élancemens dans le trajet du nerf sous-orbitaire gauche. Ces douleurs ne furent d'abord ni continues ni très fortes; elle les avait depuis environ huit ans, lorsqu'à la suite d'une application de sangsues (douze à la joue; puis, le lendemain, six dans la bouche), elle resta deux années sans en souffrir. Cependant, pendant ces deux années elle avait continué son état de marchande et était restée exposée à l'air. Il revint ensuite de petits élancemens qui augmentèrent graduellement malgré de nouvelles applications de sangsues, de vésicatoires, etc. Un médecin crut devoir recourir à la section du nerf malade; mais son incision peu profonde, bien inférieure au trou sous-orbitaire, paraît avoir atteint seulement quelques branches du tronc. Pendant quelques jours, il n'y eut pas de crises, mais aussitôt que la plaie fut cicatrisée, elles revinrent encore plus fortes. Après avoir épuisé, pour ainsi dire, toutes les espèces de traitemens, elle entra à la Salpétrière, il y a trois ans, dans l'état suivant, qui persista depuis.

Elancemens presque continuels avec exaspération toutes les cinq minutes. Les douleurs partent de la cicatrice et se répandent dans toute la joue; contractions, convulsions des muscles de la face. La salive coule plus abondamment, pas de larmoiement. La malade, autrefois dormeuse, n'a plus de sommeil; elle est considérablement amaigrie; ses traits expriment la souffrance. Elle fut soumise à l'application locale des sels de morphine, par la méthode endermique. L'électricité galvanique employée pendant plus de trois semaines sembla plutôt exaspérer le mal que l'améliorer. M. Bérard proposa alors la section du nerf sous-orbitaire, qui fut acceptée par la malade avec empressement.

L'opération fut pratiquée au commencement de mai. M. Bérard fit une incision transversale sur la base de l'orbite, longue d'environ un pouce et demi; une deuxième incision descendit perpendiculairement dans la fosse canine du milieu de la première et offre à peu près la même longueur; il en résulta une plaie en T, dont les angles furent renversés de haut en bas. La section des parties molles jusqu'au périoste de la base de l'orbite mit à nu le trou sous-orbitaire. Tous les filets émergens de ce trou furent parfaitement isolés à l'aide de la sonde cannelée pour ne pas les couper; ensuite l'opérateur enleva près de quatre lignes de longueur de tous ces filets. Au moment de la section du nerf sous-orbitaire, la malade éprouva une douleur très vive, que tous les traits de son visage exprimèrent de la manière la plus énergique, mais qui passa avec la rapidité de l'éclair.

Aussitôt après, non seulement la douleur avait disparu, mais encore les parties qui en étaient le siége étaient devenues complétement insensibles. Les lèvres de l'incision furent d'abord tenues écartées avec de la charpie pour en empêcher la réunion par première intention; plus tard on les rapprocha un peu avec des bandelettes de diachylon, placées transversalement; mais bien qu'il ne se manifestât aucun accident, la cicatrisation fut très lente, car l'os qui avait été dénudé dans une petite portion pendant l'opération dut s'exfolier superficiellement, et lorsque l'on renvoya la malade dans son dortoir, à la fin de juillet, il restait encore quelques croûtes. Quelques élancemens dans la joue, peu longs, s'étaient fait sentir trois ou quatre fois dans le courant de mai; mais depuis, elle n'a rien éprouvé de semblable : l'appétit et le sommeil sont revenus; elle se porte aussi bien que jamais.

On peut voir ici la confirmation des nombreuses expériences faites sur les animaux pour prouver que les branches du trifacial qui se rendent à la joue, à l'exception du buccal peut-être, appartiennent exclusivement à la sensibilité. Chez notre malade, la joue, la partie latérale et l'aile du nez, la lèvre supérieure du côté gauche sont complétement insensibles; il en est de même de l'intérieur de la bouche de ce côté. En lui enfonçant des épingles jusque-là à travers la joue, la malade ne s'en aperçoit pas, à moins que la langue ne vienne à les toucher. Les paupières, par leur face externe, sont aussi insensibles, sauf l'angle interne de la supérieure qui reçoit quelques filets sensitifs du nasal externe. La conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale supérieure qui reçoivent leurs filets du nerf lacrymal ont conservé toute leur sensibilité, tandis que celle de la conjonctive de la paupière inférieure est complétement abolie. Cependant l'on peut voir que les mouvemens n'ont éprouvé aucune lésion, et à voir la figure de cette femme, on ne pourrait dire quel côté est ainsi affecté de paralysie du sentiment. C'est ce qu'il était facile de prévoir d'après les travaux des modernes sur le nerf facial (1).

Voyons maintenant un cas où la névralgie d'une autre branche du même nerf a réclamé la même opération et a été suivie du même succès.

Névralgie du nerf mentonnier, existant depuis dix-sept ans. — Insuccès de tous les moyens ordinaires. — Section du nerf. — Cessation des douleurs.

Le nommé Ch***, ébéniste, âgé de soixante-

(1) Cette malade fut présentée à l'Académie par M. Bérard, dans sa séance du 10 août 1835.

onze ans, d'une assez bonne constitution, fut, il y a environ dix-sept ans, pris sans cause connue d'une douleur dans le bras droit, qui occupait toute la longueur de ce membre, sans affecter plus spécialement les jointures, était plutôt diminuée qu'augmentée par le travail et n'était pas continuelle. Cette douleur disparut au bout de quinze mois pour faire place à la douleur qu'il offre à présent et qui a eu dès le principe son siége dans les ramifications du nerf mentonnier droit, et a présenté tous les caractères des névralgies. Il parcourut presque tous les hôpitaux de Paris, espérant en vain y trouver des soulagemens. Il y a une huitaine d'années, qu'à Saint-Louis on essaya de lui couper le nerf mentonnier par la face postérieure de la lèvre. Les douleurs furent un peu calmées pendant six ou huit jours, puis reparurent avec la même violence.

Lorsqu'il se présenta à la consultation, le 9 septembre 1835, les douleurs revenaient par crises intenses avec de vifs élancemens et une sensation d'engourdissement partant du bord de la lèvre inférieure et s'étendant de là à toute la joue, surtout dans le trajet des ramifications du mentonnier. La bouche ne se remplissait pas de salive, mais les muscles se contractaient convulsivement, et grippant la face de ce côté, lui donnaient un aspect d'autant plus singulier, que l'autre côté restait calme pendant ces crises, que ramenait la moindre pression, l'action de parler, de mâcher, de cracher, etc., et qui, revenant pendant la nuit sans cause occasionelle, interrompaient le sommeil à chaque instant.

Le malade désire à tout prix être soulagé.

M. Bérard fit l'opération le 11 septembre 1835. Le procédé qu'il mit en usage diffère peu de celui qu'il avait employé lors de la section du nerf sous-orbitaire. Il reconnut d'abord une saillie osseuse qui existe plus ou moins prononcée, suivant les sujets, vers le milieu du bord inférieur de chaque côté de la mâchoire. Cela étant fait, parallèlement à ce bord et trois lignes au dessus de lui environ, une incision transversale est faite dans l'étendue d'un pouce à partir de la saillie indiquée qui est laissée en dehors. Une seconde incision perpendiculaire au milieu de la première est ensuite faite de bas en haut, et offre la même longueur. Les lambeaux de cette plaie en ⊥ sont ensuite relevés et maintenus par des aides, et les parties molles incisées assez profondément avec le bistouri. Alors, de peur de couper les branches émergentes du trou mentonnier, M. Bérard dissèque avec le bec d'une sonde cannelée les parties profondes jusqu'au périoste; pendant quelques instans, le sang qui coulait assez abondamment lui fit porter l'instrument un peu en dedans, où il isola des autres portions quelques lames qui ressemblaient assez à un cordon nerveux; néanmoins l'absence de douleur par le contact de cette partie ne tarda pas à convaincre l'opérateur que ce n'était point le nerf malade. La sonde, portée plus en dehors, mit bientôt à nu un faisceau de filets extrêmement volumineux, blancs, très douloureux au toucher, et les isola facilement dans tout leur pourtour, et la présence du nerf étant bien reconnue, ainsi que le trou mentonnier, il fit la section le plus près possible de l'os avec des ciseaux, en enleva la longueur de deux à trois lignes; la portion enlevée est aussi grosse que le nerf médian; elle offre pourtant tous les caractères du tissu nerveux. Au moment de la première section, on vit le sang s'échapper du trou mentonnier par l'artère du même nom qui avait été aussi coupée. Aucun vaisseau important ne fut lié; il suffit d'éponge imbibée d'eau froide et d'une compression légère sur les lambeaux pour arrêter le sang. Immédiatement après l'opération, le malade, qui l'avait supportée avec beaucoup de courage, se sentit soulagé; il ne lui resta que la douleur de la plaie. On vit, en même temps, que les parties auxquelles le nerf mentonnier se distribue étaient devenues insensibles; le malade put parler, manger du pain, sans ressentir de crises. Il fut pansé à plat avec de la charpie qui fut maintenue à l'aide d'une fronde. — La suppuration était établie le troisième jour; à la levée de l'appareil, il n'y avait qu'une plaie simple avec un peu de gonflement des parties voisines. La compression a déterminé une légère ecchymose au dessus de l'angle supérieur de la plaie. Au huitième jour de l'opération, il n'a ressenti d'autre douleur que quelques fourmillemens légers dans la joue, surtout vers la commissure droite des lèvres. Ici, l'insensibilité des parties auxquelles se distribue le nerf mentonnier n'est pas aussi parfaite que celle qui est résultée de la section du nerf sous-orbitaire. En effet, en même temps que les filets de ce nerf, les parties situées vers la commissure des lèvres reçoivent les filets du buccal; cependant la partie de la moitié droite du menton qui est en dedans de la plaie, le bord libre de la lèvre, les lèvres de l'incision, ont perdu toute faculté sensitive. Un peu en dehors, à côté d'un point sensible, l'épingle peut s'enfoncer sans que le malade accuse sa présence. Aucun accident jusqu'au 17 septembre.

Jusqu'au 19 septembre, moment auquel nous perdîmes le malade de vue, il n'avait eu d'autre accident que quelques douleurs dans la joue, douleurs qu'on pouvait fort bien attribuer à une légère inflammation qui s'était développée vers la partie supérieure de la plaie. En effet, bien que ces douleurs semblassent avoir quelque chose de névralgique, elles cessèrent avec les accidens locaux dont nous venons de parler, et lorsque le malade revint à la fin de novembre remercier M. Bérard, sa plaie étant parfaitement cicatrisée, il assura n'avoir depuis long-temps ressenti aucune douleur. Toutes les fonctions de la bouche relatives à la mastication, à la parole, s'exécutaient sans la moindre difficulté, et n'amenaient avec elles aucune sensation désagréable.

Nous craignions beaucoup ici de voir la névralgie se reproduire. Les élancemens qui s'étaient manifestés de nouveau, le siége de la douleur qui, dans ce cas, existait bien à la vérité spécialement dans le nerf coupé, mais semblait aussi s'étendre aux autres branches sensitives de la joue, justifiaient cette manière de voir. D'un autre côté, dans notre première observation, quelques élancemens, même assez vifs, s'étaient fait sentir à plusieurs reprises pendant le mois qui a suivi l'opération,

et cependant la malade ne sent plus aucun mal depuis long-temps. On peut expliquer ce fait, ainsi que l'étendue de la douleur à toute la joue, quoiqu'un seul nerf soit réellement malade, par les nombreuses anastomoses qu'ont entre elles les branches du trifacial. Ne pourrait-on pas dire que les branches qui sont saines, transmettant la douleur dans le siége ou dans un autre rameau nerveux, finissent par contracter l'habitude de souffrir et restent quelque temps avant de perdre cette habitude, alors que la communication entre elles et le point de départ de la souffrance est interrompue? Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, on peut voir quel degré de confiance on doit ajouter aux faits dans lesquels, après avoir coupé les nerfs malades, on a vu la névralgie se reproduire. Dans nos deux observations, on avait tenté la section de ces parties, et dans les deux opérations (dans la première en particulier, à laquelle assistait le médecin qui l'avait long-temps auparavant infructueusement pratiquée), on s'est assuré que les nerfs, à leur sortie du trou qui leur donne issue et au delà, étaient parfaitement intacts, et qu'aucun de leurs filets n'avait été touché. Le procédé que M. Bérard a suivi, et qui a été le même dans les deux cas, a pour but de mettre à l'abri de ces erreurs. Cependant, on a vu combien il est facile de se tromper, et si l'opérateur n'eût pas été guidé par la connaissance exacte des parties et de leur sensibilité diverse, il eût pu encore les commettre. Attaquer, comme on l'avait fait auparavant, le nerf mentonnier par la face postérieure de la lèvre, est une méthode tout-à-fait mauvaise; le sang, qui apportait déjà tant de difficultés dans l'opération, telle qu'elle a été pratiquée par M. Bérard, doit les rendre insurmontables dans le procédé que nous critiquons; d'ailleurs, on ne voit pas ce que l'on fait. Le seul avantage offert par ce procédé est de ne pas laisser de cicatrice. Mais outre que presque jamais on n'aura à pratiquer cette opération (qu'on ne fait guère que dans des cas où tout a échoué), sur des jeunes gens, la suture entortillée et la réunion par première intention préviendraient toute difformité.

Dans le cas qui nous occupe, M. Bérard n'a pas cru devoir ainsi procéder, craignant, malgré la résection du nerf, que la continuité ne se rétablît entre les parties coupées. Je crois pourtant qu'il serait permis, dans certains cas, de chercher une adhésion immédiate, puisque, outre qu'il n'est pas prouvé que les cicatrices des nerfs transmettent l'influx nerveux comme auparavant, rien n'empêchera, si on le juge à propos, d'en réséquer une plus grande longueur, surtout si on a soin, comme l'a pratiqué l'opérateur dans les deux cas cités, de les isoler dans une grande étendue avec la sonde, pour ne couper aucune branche émergente.

A. Godin,

Interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

II. Essai thérapeutique sur la noix vomique.

Il y a deux cents ans, à peu près, que l'on connaît les propriétés toxiques de la noix vomique. Mais l'emploi thérapeutique de cette semence est tout récent, et nous avons, dans le but de constater ses propriétés médicales, fait ou répété de nombreuses expériences cliniques, dont nous allons consigner ici les résultats.

Les préparations que nous avons employées à l'intérieur sont l'extrait alcoolique et la poudre. A l'extérieur la teinture alcoolique.

Il est impossible de préciser ici les doses auxquelles les phénomènes se produisent; et il y a, à cet égard, des différences nombreuses dépendant de l'individu.

Action sur le tube digestif.

L'amertume extrême de la noix vomique ne peut que très difficilement être déguisée, et de quelque façon qu'on enveloppe le médicament, on éprouve le plus souvent, soit en l'avalant, soit quelque temps après l'avoir pris, un sentiment d'amertume dans le fond de la gorge et à la base de la langue.

Sur l'estomac et sur les intestins l'effet immédiat est ordinairement nul, et nous avons l'habitude de donner la noix vomique au commencement du repas sans que jamais nous ayons vu survenir aucun trouble des fonctions digestives; mais après quelques jours l'appétit se prononce, et quelquefois devient extraordinaire; les garderobes chez les gens constipés sont également plus faciles. Cette exaltation des facultés digestives persiste pendant l'emploi du remède et long-temps encore après, pourvu toutefois que la dose ne soit pas portée trop haut, car dans ce cas il n'est pas rare de voir survenir de l'inappétence.

Appareils des sécrétions.

Nous n'avons vu aucune sécrétion activée par la noix vomique si ce n'est celle des urines, et ici non seulement la sécrétion est plus abondante, mais l'excrétion est également plus fréquente et plus énergique, au point que quelques malades sont forcés de pisser toutes les heures.

Appareils de la circulation.

Nous n'avons rien observé du côté du cœur et des poumons, et lors même que le médicament a été porté à une dose telle qu'il s'en suive une rigidité musculaire générale, le pouls reste calme, et il ne se passe, du côté de la poitrine, d'autres phénomènes que ceux qui résultent de la difficulté du jeu des muscles inspirateurs.

Appareils nerveux.

Mais les phénomènes les plus intéressans sont certainement ceux qui se passent du côté des appareils nerveux. Les premiers effets du médicament sont un serrement dans les tempes et dans la nuque que les malades appellent mal de tête, mais qu'ils savent très bien distinguer des céphalalgies qu'ils ont éprouvées jusqu'a-

lors. Les mâchoires se serrent un peu ou plutôt elles deviennent raides comme si le jeu des articulations se faisait moins bien. Cependant cette raideur ne tarde pas à envahir tous les muscles du tronc et des membres. Les malades ne peuvent dilater complétement la poitrine, et dans les grands efforts d'inspiration ils sont arrêtés court par une espèce de spasme musculaire général. Cependant cette raideur dont nous venons de parler n'est pas continue, ou plutôt elle s'exaspère par momens et devient très forte de minime qu'elle était. Ces contractions spasmodiques sont souvent précédées d'une horripilation accompagnée d'un frissonnement très marqué; puis surviennent dans le trajet des nerfs des membres des fourmillemens, et quelquefois des sensations douloureuses que les malades comparent au passage des étincelles électriques. C'est après ces frissonnemens et ces étincelles que se manifestent les spasmes d'autant plus énergiques que les phénomènes précurseurs ont été eux-mêmes plus marqués. Cependant d'autres muscles, qui semblent en général un peu moins sous l'empire de la volonté, participent aussi à ces spasmes; ceux du pharynx et l'œsophage; ceux qui érigent le pénis, au point que la déglutition est souvent assez difficile et que les érections nocturnes et diurnes deviennent incommodes même chez ceux qui, depuis long-temps, avaient perdu quelque chose de leur virilité. Les femmes elles-mêmes éprouvent des désirs vénériens plus énergiques et nous avons, à cet égard, reçu des confidences qui ne nous permettent pas d'en douter.

Les fourmillemens dont nous avons parlé, d'abord profonds, deviennent bientôt superficiels, et lorsque tous les accidens spasmodiques sont dissipés, il reste une démangeaison quelquefois tellement insupportable et si opiniâtre que l'on est obligé de renoncer à l'emploi du remède.

Quand la dose de noix vomique a été portée un peu haut, les secousses électriques dont nous venons de parler sont le signe d'une véritable convulsion tétanique, qui, pour n'avoir rien de grave ni de dangereux, n'en est pas moins quelque peu douloureuse, et est suivie d'une raideur des membres telle que la progression est souvent impossible. Lorsque les secousses surprennent le malade debout, il a grand'peine à conserver l'équilibre et il le perd quelquefois.

Pendant que ces énergiques effets se font sentir, l'intelligence n'est pas troublée un seul instant; seulement il survient des éblouissemens, des tintouins, des bluettes; mais tout disparaît du moment que l'action du médicament s'apaise.

Tous ces phénomènes ne débutent pas en même temps et n'ont pas la même durée. Chez celui qui n'a pas encore pris de noix vomique ce n'est guère qu'au bout d'une heure que les spasmes se manifestent; ils durent deux, trois, quatre heures, plus ou moins, en raison de la dose. La rigidité est le premier symptôme, les étincelles électriques, les frissonnemens et les secousses convulsives viennent ensuite, mais les fourmillemens et surtout les démangeaisons ne s'observent que lorsque le médicament a été donné plusieurs jours de suite. Lorsque, au contraire, on prend la noix vomique déjà depuis plusieurs jours, les effets d'une dose nouvelle se manifestent quelquefois au bout de dix minutes, et se prolongent pendant deux, quatre, six, huit et quelquefois quinze jours, ce qui veut dire que l'action du médicament ne s'épuise que lentement et que l'excitabilité du malade, si nous pouvons ainsi nous exprimer, va en augmentant à mesure que le médicament est donné plus souvent. En sorte qu'un thérapeutiste se tromperait gravement, qui croirait qu'il peut, dès qu'il a obtenu des effets donnés, à l'aide d'une dose, augmenter toujours cette dose en raison même de l'habitude du malade. Il ne tarderait pas à reconnaître, ce dont l'expérience nous a convaincus, que l'organisme ne s'habitue pas plus à la noix vomique qu'aux solanées vireuses, et que non seulement il ne faut pas augmenter les doses du moment qu'on est arrivé à obtenir les effets médicamenteux que l'on désire; mais encore qu'on est souvent obligé de les diminuer ou même de suspendre complétement l'administration du médicament.

Nous dirons tout à l'heure de quelle manière il convient de procéder dans l'administration de ce remède suivant les résultats thérapeutiques que l'on veut en obtenir.

La connaissance plus ou moins complète de l'action physiologique de la noix vomique et des phénomènes qui suivent l'administration de cette héroïque substance, conduisit M. Fouquier à conseiller ce médicament dans la paralysie, et quoique cette heureuse application ait été peut-être moins heureuse entre les mains de M. Fouquier lui-même qu'entre celles de quelques autres médecins, il n'en faut pas moins reconnaître que c'est à ce praticien qu'appartient cette découverte thérapeutique, l'une des plus importantes certes de notre époque.

La noix vomique fut d'abord employée par M. Fouquier dans l'hémiplégie: et l'on ne peut nier que dans les hémiplégies anciennes ce moyen ne soit d'une certaine utilité; mais comme on l'emploie aussi dans les hémiplégies récentes, on vit quelquefois les accidens cérébraux qui avaient causé la paralysie prendre, sous l'influence de la noix vomique, une intensité nouvelle, et ce médicament tomba promptement dans un discrédit fort injuste. Nous avons essayé la noix vomique dans d'anciennes paralysies symptomatiques d'épanchemens de sang dans le cerveau ou de ramollissemens, et nous avons obtenu des résultats inespérés qu'aucun autre moyen ne nous aurait donnés; toutefois, et nous nous empressons de le reconnaître, dans les paralysies, la forme hémiplégique est celle qui est le moins heureusement modifiée par le médicament dont nous parlons.

Bretonneau de Tours, à qui la thérapeutique doit tant, répéta les essais de Fouquier, et il ne tarda pas à reconnaître que si, en effet, dans l'hémiplégie et en général dans toutes le paralysies qui tiennent à une lésion du cerveau la noix vomique est peu utile, en revanche elle peut être donnée avec un grand avantage dans les paraplégies et en général dans les paralysies qui sont sous la dépendance d'une maladie de

la moelle ou seulement des conducteurs nerveux, et il arriva, après de nombreux essais, à formuler de la manière suivante les cas où l'application de la noix vomique doit être tentée.

Les paraplégies symptomatiques d'une commotion de la moelle, alors que les symptômes primitifs sont passés et qu'il ne reste que la paralysie ; celles qui suivent une inflammation de la moelle ou de ses membranes, alors que tous les phénomènes d'irritation locale sont dissipés depuis long-temps; celles qui suivent le mal de Pott, alors que la carie osseuse est guérie et que l'affaissement des vertèbres s'est complétement effectué. Les paralysies diverses qui se sont développées sous l'influence du plomb.

Nous avons, nous-mêmes, employé la noix vomique dans les circonstances spécifiées par M. Bretonneau, et nous avons, par ce moyen, guéri ou modifié des paralysies fort anciennes. MM. Duméril, Husson, Deslandes, etc., etc., ont depuis publié des faits qui tous ne déposent pas en faveur de la noix vomique; mais, nous le répétons, toutes les paraplégies ne sont pas guéries par cet héroïque remède, et celles mêmes qui semblaient devoir céder le plus facilement résistent quelquefois avec opiniâtreté.

A une époque toute récente, M. Tanquerel a publié une thèse dans laquelle il a particulièrement insisté sur l'utilité de la noix vomique et surtout de la strychnine, ce qui revient au même, dans les paralysies saturnines, et il a rapporté des faits nombreux recueillis dans le service de MM. Andral et Rayer et dans le nôtre. Ces faits, à défaut d'autres, mettraient hors de doute l'efficacité de ce moyen.

Les effets de la noix vomique sur les parties paralysées sont fort remarquables. Les étincelles, les secousses, les fourmillemens, dont nous avons parlé plus haut, se manifestent plus particulièrement dans les membres privés de sensibilité et de mouvement, et c'est même une condition de succès, car lorsque les parties paralysées ne sont pas vivement influencées par la noix vomique il y a peu d'amélioration à espérer.

Les paralysies tout-à-fait locales ont été heureusement traitées par ce moyen. En première ligne nous mettrons l'amaurose. Déjà Bretonneau avait essayé de combattre par la noix vomique l'amaurose qui s'était développée sous l'influence des émanations saturnines, mais sans avantage marqué; plus tard les docteurs Walson (*Journal des progrès*, t. III, p. 234, 1830) et Liston (*Archives gén. de médecine*, t. XXII, p. 548), et plus récemment encore Miquel, conseillèrent la strychnine dans l'amaurose qui ne reconnaissait pas pour cause une compression du nerf optique. Ils aimèrent mieux administrer ce médicament par la méthode endermique, et ils obtinrent quelquefois d'incontestables succès. Mais les praticiens dont nous venons de parler firent pénétrer la strychnine par le derme dénudé. Ils appliquaient sur la tempe et au dessus des sourcils de petits vésicatoires qu'ils recouvraient de strychnine. Cette médication a l'avantage de joindre l'utilité du vésicatoire, moyen qui, à lui seul, peut déjà revendiquer la cure de quelques amauroses, à l'utilité plus certaine encore du médicament excitateur qui semble alors être plus directement porté par l'absorption aux parties qu'il doit ranimer. Parmi les effets qui suivent ce mode d'administration de la strychnine, le plus important est la perception d'étincelles plus ou moins nombreuses et plus vives dans le fond des deux yeux et surtout dans l'œil du côté où est placé le vésicatoire. Si ces étincelles n'existaient pas, on devrait mal augurer du succès du traitement. La qualité des étincelles est aussi une chose digne de remarque; elles sont quelquefois noirâtres, d'autres fois blanches ou rouges. Les étincelles rouges sont les plus avantageuses; si elles sont trop éclatantes, il faut tempérer les doses de strychnine (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 201). Dans quelques circonstances nous avons substitué à la strychnine des frictions sur les tempes avec la teinture de noix vomique, en même temps qu'à l'intérieur nous donnions l'extrait de cette semence.

Dans les paralysies locales qui viennent chez les malades qui se sont exposés aux émanations saturnines, nous n'avons pas vu que l'application locale de la noix vomique sur le derme dénudé fût suivie de meilleurs résultats que l'administration de ce médicament par les voies ordinaires. Nous avons au contraire eu beaucoup à nous louer de la médication suivante : en même temps que nous donnons à l'intérieur de l'extrait de noix vomique, nous nous contentons de faire appliquer sur la peau qui recouvre les muscles paralysés des fomentations avec de la teinture alcoolique de la même substance.

L'incontinence ou la rétention d'urine dépendant d'une paralysie de la vessie, ont été traitées avec avantage par le même moyen. M. Lafaye de Bordeaux guérit en sept semaines un vieillard atteint de rétention d'urine, par l'usage de l'extrait de noix vomique donné à la dose de quatre à huit grains par jour (*Journal de médecine pratique de Bordeaux*, tom. II, pag. 32), et M. Mauricet rapporte (*Arch. gén. de médecine*, t. XIII, p. 403) que deux frères d'une constitution lymphatique, l'un de treize, l'autre de quatorze ans, étaient sujets à une incontinence d'urine nocturne : on leur donna matin et soir une pilule d'un demi-grain d'extrait alcoolique de noix vomique. La guérison eut lieu en trois jours. On cessa au bout de quinze jours et l'incontinence reparut; on reprit l'usage du médicament, nouvelle guérison. L'infirmité reparut lorsqu'on cessa de nouveau le traitement. On recommença alors l'usage des pilules que l'on continua pendant un mois, et la guérison fut désormais solide.

Nous-mêmes, nous avons naguère, à l'Hôtel-Dieu de Paris, guéri, par le même moyen, une femme qui, à la suite d'une chute d'un lieu très élevé, avait d'abord été paraplégique et à qui il était resté une paralysie de la vessie, du rectum et de toutes les parties qui se trouvent dans le bassin.

Nous parlerons maintenant de l'impuissance, contre laquelle nous avons eu l'idée d'employer la noix vomique. Nous avons été conduits à cette médication d'abord par l'analogie, et ensuite par l'observation des phénomènes que nous

avions excités chez un de nos malades. C'était un homme atteint depuis trois ans d'une paraplégie complète avec tremblement général. Les membres thoraciques et abdominaux, la vessie, le rectum étaient paralysés du mouvement; la sensibilité était conservée, l'intelligence était d'ailleurs entière. Depuis le début de la maladie l'excitabilité des organes génitaux était complétement éteinte. Sous l'influence de la noix vomique les mouvemens se rétablirent presque complétement, le tremblement cessa, et après un mois de traitement survinrent des érections qui, d'abord faibles, acquirent bientôt la même énergie qu'auparavant et revinrent chaque nuit. Bientôt fixant notre attention sur ce curieux phénomène, nous constatâmes les mêmes effets sur un couvreur âgé de quarante ans, qui avait un affaiblissement notable des extrémités inférieures et qui, depuis sept mois, n'avait pu avoir de rapports avec sa femme. En quinze jours de traitement, il marchait d'un pas plus assuré; mais les organes génitaux étaient dans un état d'excitation d'autant plus remarquable que les forces musculaires des membres ne se rétablissaient pas avec la même énergie. Nous avons, chez une femme, observé les mêmes effets. Enfin, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, constitué d'ailleurs comme un athlète, mais qui depuis dix-huit mois qu'il était marié n'avait eu avec sa femme que des rapports presque fraternels, nous sommes parvenus à lui donner une virilité qu'il perdit bientôt quelque temps après qu'il eut cessé l'usage de la noix vomique.

Jusqu'ici nous voyons cette énergique substance communiquer toujours aux centres et aux conducteurs nerveux une excitation temporaire; et comme, dans plusieurs cas, cette excitation persiste, les organes récupèrent l'aptitude fonctionnelle qu'ils avaient perdue.

Mais d'autres praticiens ont cru devoir utiliser quelques autres des propriétés de la noix vomique, et entre autres son excessive amertume. Ils pensaient qu'ils en obtiendraient un effet tonique analogue à celui qu'ils obtenaient en général par les amers, et ils la conseillèrent dans certaines dyspepsies.

Certes, on conçoit que, par son amertume, elle puisse agir utilement dans les mêmes affections de l'estomac qui se trouvent bien en général de l'administration des amers; mais il est bien probable aussi que l'action évidente de la noix vomique sur les muscles de la vie organique et par conséquent sur le plan musculaire de l'intestin, rend au tube digestif des mouvemens qu'il avait perdus, mouvemens qui sont une condition nécessaire à l'accomplissement de la fonction. Aussi l'expérience nous a-t-elle prouvé que cette médication, proposée pour la première fois par Schmidtman, réussit très rarement chez les jeunes sujets, mais est particulièrement applicable aux vieillards, ou à ceux qui se trouvent avant l'âge dans les conditions physiques de la vieillesse : elle convient à cet état particulier du canal intestinal dans lequel la digestion est très lente et assez douloureuse, s'accompagne de flatuosités, de gonflement du ventre et de constipation; sans que d'ailleurs il n'y ait jamais ni fièvre, ni amertume de la bouche, ni nausées : état qu'il ne faut pas confondre avec la paresse digestive qui précède, accompagne ou suit la plupart des maladies aiguës et chroniques.

Dans ce cas la noix vomique ne se donne pas à des doses aussi élevées que dans la paralysie.

Les propriétés les plus capitales de la noix vomique, et qui la placent au rang des plus utiles médicamens, sont évidemment celles dont nous venons de parler. Il en est quelques autres moins importantes et que nous indiquerons sommairement. Schulz la donnait en poudre contre les vers intestinaux, et, dans le pays d'Ower-Yssel, elle est encore prescrite contre le tænia associée aux drastiques. Lejeune l'a conseillée dans la chorée, et, d'après lui, nous l'avons essayée une fois avec quelque succès. Hargstrom l'a administrée à la dose d'un scrupule par jour à beaucoup de dysentériques; cette dose était énorme et les médecins qui ont imité Hargstrom ont été beaucoup moins hardis et sont arrivés pourtant aux mêmes résultats (*Dict. de mat. méd. de Mérat et de Lens*, tom. VI, pag. 559).

L'analyse de la noix vomique a donné à MM. Pelletier et Magendie : 1° un alcaloïde qui en est la partie la plus active, et qu'ils ont nommé strychnine; 2° un autre alcaloïde beaucoup moins vénéneux auquel ils ont donné le nom de brucine; 3° un acide particulier qu'ils ont appelé igasurique et qui se trouve combiné dans la plante aux deux alcaloïdes dont nous venons de parler de manière à former des igasurates. La strychnine et la brucine forment la partie active de la noix vomique et ne diffèrent en rien de cette dernière par leurs propriétés thérapeutiques. Aussi ce que nous avons dit de l'une s'applique-t-il aux autres sans aucune espèce d'exception.

Les expériences très exactes de M. Andral (*Arch. gén. de méd.*, t. III. p. 294) ont démontré que la strychnine et la brucine agissaient de la même manière, à cela près de l'activité, la première étant beaucoup plus active que celle-ci. De sorte que si nous prenons l'extrait alcoolique de noix vomique pour type d'action, et si nous représentons son énergie par un, celle de la brucine devra être représentée par deux, et celle de la strychnine par six.

Pour l'usage interne nous préférons en général l'extrait de noix vomique à la strychnine et à la brucine. Pour appliquer sur le derme dénudé la strychnine doit plutôt être employée.

Préparations et doses.

La noix vomique s'emploie sous forme de poudre, d'extrait alcoolique et de teinture. La strychnine se donne en nature ou dissoute dans un véhicule quelconque. La brucine, qui ne se recommande par aucune propriété spéciale, est bannie avec juste raison de la thérapeutique.

La poudre de noix vomique s'administre à la dose de un à quinze grains dans les vingt-quatre heures. L'extrait alcoolique à la même dose. La strychnine à la dose d'un seizième de grain pour commencer jusqu'à deux grains et deux grains et demi. Il est important de débuter toujours par la dose plus faible.

La teinture alcoolique, qui n'est guère conseillée que pour lotions ou fomentations, se prend à des doses indéterminées.

Nous avons également fait des expériences avec la fève de Saint-Ignace. Cette semence est formée des mêmes principes que la noix vomique, mais dans des proportions différentes; elle contient trois fois autant de strychnine que cette dernière et beaucoup moins de brucine.

Aussi ses propriétés toxiques et thérapeutiques sont-elles identiques à celles de la noix vomique, à la dose près.

Par cela même que la fève de Saint-Ignace contient trois fois plus de strychnine que la noix vomique; elle devra se donner à une dose deux ou trois fois moindre que celle-ci.

A. Trousseau, H. Pidoux.

III. Recherches sur les désordres que le virus syphilitique peut causer sur le cerveau et ses dépendances.

Ire *Observation, prise dans la pratique de M. Duhamel.*

Y***, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, avait éprouvé à plusieurs reprises des symptômes syphilitiques. Depuis un an, il ressentait de la douleur dans les fosses nasales, et il rendait des matières muqueuses, mêlées d'une grande quantité de pus et assez souvent teintes de sang. Ce malade répandait autour de lui une odeur infecte et nauséabonde, caractéristique de l'ozène. Divers médecins consultés avaient jugé différemment la maladie et conséquemment prescrit des traitemens divers.

M. Duhamel, consulté le 7 mars 1834, à la consultation donnée par les membres de la Société de médecine pratique, dont il était alors secrétaire rapporteur, reconnut de suite le caractère et la gravité de la maladie et la combattit immédiatement par le *stannate d'or*, à la dose d'un sixième de grain, dose qu'il augmenta progressivement. Peu de temps après, le malade commença à rendre, en se mouchant, de petites portions d'os nécrosé; chaque fois qu'il devait en rendre, l'odeur qu'il exhalait devenait insupportable, tandis que dans les intervalles elle était moins forte.

Pendant tout l'été, l'amélioration fut de plus en plus prononcée, et vers le mois de novembre 1834, le malade se crut guéri et suspendit son traitement malgré les instances de M. Duhamel, qui voulait le lui faire continuer pendant au moins trois mois encore. Le printemps suivant, voyant les symptômes reparaître avec une nouvelle énergie, il reprit ce même traitement, qui de suite améliora encore son état. Vers le mois de mai, une angine simple nécessita l'emploi d'une saignée, *indiquée déjà précédemment par une céphalalgie habituelle et assez intense.* Sous l'influence de la saignée et des autres moyens dirigés contre l'angine, la céphalalgie disparut momentanément et permit à M. Duhamel de faire reprendre, dans les premiers jours du mois de juin, le traitement précédent, et cette fois, en associant les mercuriaux aux préparations aurifères; il donna donc en même temps à l'intérieur le *deuto-chlorure de mercure* et le même *oxide d'or* que précédemment, et le *perchlorure d'or* et de *sodium* en frictions sur la langue. Le sel mercuriel, donné le soir en pilules, était incorporé dans les extraits de jusquiame et d'opium, tandis que l'oxide d'or, uni à l'extrait de fumeterre, était administré le matin. Des lotions émollientes, dans lesquelles on ajoutait du deuto-chlorure de mercure, et dont le malade faisait usage déjà depuis quelque temps, furent remplacées par la solution de ce même sel indiquée par M. Trousseau dans le N° IX (mai 1835) du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, page 293.

M. Duhamel fut déterminé à prescrire un traitement aussi actif par la manifestation d'une petite tumeur, suivie de la perforation de la voûte palatine sur la ligne médiane, à quatre lignes à peu près de l'arcade dentaire. En outre, le malade souffrait de la tête, surtout pendant la nuit. Ces douleurs devinrent tellement intolérables, qu'il fallut, au commencement du mois de juillet, pratiquer une nouvelle saignée du bras; elle procura un soulagement momentané. C'est alors que M. Duhamel, craignant d'exciter trop fortement le cerveau, suspendit tout traitement pendant quinze jours. Durant cette suspension, le malade souffrit tout autant, et il fallut revenir à l'idée que la marche de l'affection syphilitique devait être la cause des douleurs. M. Duhamel fit en conséquence reprendre le double traitement, et porta les médicamens à de très hautes doses; il arriva graduellement à donner chaque jour deux tiers de grain de deuto-chlorure de mercure, un grain d'oxide d'or par l'étain et un quart de grain de perchlorure d'or et de sodium.

Depuis quinze jours, Y*** était parvenu à ces dernières doses des médicamens indiqués; il paraissait en avoir obtenu une amélioration notable, puisque déjà depuis quelque temps il ne souffrait plus de la tête; lorsque le 10 septembre 1835, après avoir soupé légèrement à huit heures du soir et passé gaiement la soirée avec des amis jusqu'à dix heures, il se coucha sans se plaindre d'aucune douleur. Le lendemain à cinq heures du matin, un individu qui couchait dans la chambre d'Y***, fut réveillé par un ronflement très fort; arrivé près de lui, il le trouva ne parlant déjà plus. Cependant il put se lever, porter les mains vivement à la tête et il expira après quelques convulsions.

Nous procédâmes tous deux à l'ouverture du cadavre trente heures après la mort; en voici les détails circonstanciés :

Raideur cadavérique très marquée; *écume* à la bouche et aux narines, comme cela arrive aux individus qui succombent à une affection du cerveau.

La *poitrine* est parfaitement sonore dans toute son étendue; le *ventre* n'offre aucune distension, et l'on n'aperçoit enfin aucun signe extérieur qui permette de soupçonner une affection des organes contenus dans ces deux cavités. Pendant toute la durée de la maladie, et même pendant les courts instans qui ont précédé la mort, aucuns symptômes n'ont dénoté de lésion de ces mêmes organes. Ce sont ces circonstances réunies et celles des désordres que nous avons trouvés dans le cerveau,

qui expliquent que nous ayons négligé d'ouvrir la poitrine et l'abdomen.

Nous n'avons rencontré à la surface externe du crâne aucune saillie anormale, pas plus que sur la face interne de cette voûte osseuse : la partie inférieure ne nous en a point offert davantage.—Les *sinus caverneux* sont très gorgés de sang.

Quand nous avons voulu enlever le cerveau de sa boîte osseuse, nous avons dû détruire avec le scalpel une forte adhérence qui existait dans la fosse coronale droite, à la partie supérieure du plancher de l'orbite, près et en dehors de l'apophyse *crista-galli*.

Au sommet du cerveau, épaississement très marqué de la *dure-mère*, qui tient à l'*arachnoïde*; en dessous, cerveau parfaitement sain.

A l'extrémité antérieure et à la face inférieure du lobe droit du cerveau, dans sa partie la plus voisine de l'autre lobe, et au point correspondant avec la forte adhérence que nous avons signalée, épaississement considérable et légère ossification de la *dure-mère*, qui adhère fortement avec l'*arachnoïde*; cette dernière membrane est elle-même épaissie, rugueuse au toucher, comme si elle renfermait des parcelles osseuses. La *faux*, correspondante à cette même partie antérieure du cerveau, est presque entièrement ossifiée.

Avant d'arriver à l'examen de la partie du cerveau correspondant à l'altération que nous venons de décrire, et qui nous a semblé à peu près circulaire et ayant son plus grand diamètre d'un pouce environ (vingt-huit millimètres), nous avons voulu parvenir aux ventricules en enlevant la substance cérébrale par couches successives du sommet au centre. Le lobe gauche nous a paru d'une consistance parfaitement normale, et le droit un peu moins ferme dans tout son ensemble.—Le *ventricule gauche* ne renfermait aucun liquide; le *droit*, au contraire, contenait une petite quantité de sérosité brunâtre.

Nous voici enfin arrivés à l'examen de la portion du cerveau que les altérations superficielles que nous avons décrites devaient nous faire supposer la plus malade. Nous l'avons en effet trouvée légèrement ramollie, et sitôt la première couche de cet organe enlevée, offrant une coloration en jaune, qui, quoique pâle, était parfaitement marquée et s'étendait sur une surface circulaire de la substance blanche de huit lignes environ (vingt millimètres), et à une profondeur à peu près égale, mais diminuant d'étendue au fur et à mesure qu'on s'avançait vers les parties centrales. En examinant comparativement les deux mêmes portions des deux lobes, après avoir enlevé un égal nombre de couches de chaque côté, et être arrivé au centre de l'altération, il restait évident que la portion blanche malade et altérée dans sa couleur, était légèrement hypertrophiée.

Le *cervelet* nous a paru offrir dans toute son étendue une consistance parfaitement normale; mais, ayant fendu transversalement les deux lobes, la substance blanche du lobe droit nous a offert dans toute son étendue cette même coloration en jaune, quoiqu'un peu moins marquée que celle de la partie altérée du lobe droit du cerveau.

Nous sommes ensuite revenus à l'os frontal et aux os de la face.

Derrière l'orbite, au voisinage de la grande échancrure du *coronal*, et dans la cavité qui reçoit la partie antérieure du cerveau, épaississement considérable avec granulations osseuses de la *dure-mère*, qui adhère fortement à la portion osseuse sous-jacente, d'où l'on ne peut l'arracher qu'en enlevant avec elle le périoste; aussi cette face du plancher supérieur de l'orbite est-elle rugueuse au toucher, quoique sa substance ne soit nullement altérée. — Dans le coin de la grande échancrure du coronal, toujours à droite, tout près de l'apophyse *crista-galli*, légère ouverture qui permet à un stylet d'un millimètre de diamètre, de pénétrer à travers l'*ethmoïde* jusque dans la narine droite. Pour bien nous assurer, quoique nous en fussions convaincus, que cette ouverture n'était pas naturelle, nous avons essayé, mais en vain, de faire pénétrer à gauche, dans un point parfaitement correspondant, un stylet beaucoup plus fin.

La *voûte palatine* offre une solution de continuité de deux à quatre millimètres de diamètre, et qui s'étend sur presque toute la longueur de la jonction des *os palatins*, qui sont frappés de carie dans un grand nombre de points.—Il en est de même des *os propres du nez*, dont plusieurs portions sont tombées, et des deux *maxillaires supérieures*.

Le *vomer* est dans un état complet de carie, de putréfaction; ses rapports sont détruits et nous l'avons trouvé balottant dans les fosses nasales postérieures et prêt à tomber.

La muqueuse qui tapisse le *sinus maxillaire* gauche est dans un état de désorganisation complète, presque diffluente, d'un noir verdâtre et exhalant, ainsi que le vomer, une odeur horriblement fétide.

La muqueuse du sinus-maxillaire droit est aussi très malade, mais cependant à un moindre degré; elle est rougeâtre, gonflée, presque aussi diffluente, mais exhalant moins d'odeur. La surface interne de la paroi de ces sinus, paroi qui contribue à former les fosses nasales, est évidemment rugueuse au toucher, mais n'offre aucune ulcération ni aucun point de carie.

C'est arrivés à l'*ethmoïde* que nous avons pu voir comment le stylet, enfoncé dans le trou découvert au voisinage de l'apophyse crista-galli, pénétrait dans la narine droite. C'est en passant entre les deux feuillets osseux d'une des lames de l'ethmoïde. Aussi avons-nous trouvé cet os, sinon autant gâté que le vomer, du moins offrant une altération profonde dans sa structure; ce n'est plus un os, mais un cartilage, mou, sans consistance, qu'il est facile d'arracher par lambeaux. La muqueuse, qui aurait dû le recouvrir, n'est pas altérée, mais entièrement détruite.

Il est maintenant facile de suivre les progrès de la maladie. On la voit cheminer lentement et s'avancer pas à pas de la muqueuse nasale, qui s'était ulcérée sans doute après les muqueuses de l'arrière-bouche, aux os propres du nez qu'elle frappe de carie, au vomer qu'elle

réduit en putrilage, à l'ethmoïde qu'elle altère dans sa structure intime, pour enfin atteindre la dure-mère qui recouvre la lame criblée, et en dernière analyse le cerveau.

Cette observation n'est point unique, et l'on en retrouve dans les Annales de la Science plusieurs, sinon tout-à-fait semblables, du moins offrant avec elle de nombreux points de ressemblance. Comme ces faits sont, ainsi que celui pris dans la pratique de M. le docteur Duhamel, de nature à porter quelque lumière sur un point important de l'histoire des maladies vénériennes (histoire dont bien des chapitres sont à faire ou à refaire), nous croyons avantageux d'en donner ici une analyse rapide, en les entremêlant des réflexions qu'elles pourront inspirer et que nous croirons de nature à éclairer ce sujet.

La première observation que nous citerons sera empruntée aux *Recherches anatomico-pathologiques de M. Lallemand sur l'Encéphale*, ouvrage qu'on ne saurait trop lire ni trop méditer, et que nous mettrons fortement à contribution dans ce travail. En effet l'illustre professeur de Montpellier a abordé, dans sa *septième lettre*, la question que nous traitons et que nous craignons bien de laisser, comme lui, sans solution définitive.

IIe *Observation de M. le docteur Guérin.* — *Lettre troisième*, N° 17, tome 1, page 391.

A dix-sept ans, *chancres vénériens*, guéris rapidement par des moyens locaux. — Quatorze ans après, *ulcérations* au voile du palais, guéries par des gargarismes simples. — Quelque temps après, destruction de la cloison nasale, de l'aile gauche du nez, de la joue et de la lèvre supérieure. — Mort après des symptômes cérébraux très marqués, qui durèrent vingt jours environ, et une hémiplégie à gauche.

Carie de l'*ethmoïde*, dont la lame criblée offre deux ouvertures. — Carie du *coronal*, qui n'est pas perforé. — Désorganisation de la *dure-mère*, qui est presque putréfiée. — A la partie inférieure du lobe antérieur droit du cerveau, *abcès*, situé à un demi-pouce de la surface externe, étendu jusqu'à la surface inférieure et paraissant communiquer, par les deux ouvertures de l'ethmoïde, avec la fosse nasale correspondante.

Dans l'observation qui va suivre, que nous avons aussi retrouvée dans les *Lettres sur l'Encéphale*, la lame criblée de l'ethmoïde n'était pas seulement perforée, elle était détruite.

IIIe *Observation de MM. les docteurs Bayle et Kergaradec.* (*Nouvelle Bibliothèque médicale.* — Fév. 1823.)

Dans la jeunesse, *plusieurs maladies vénériennes* légèrement traitées. — Pendant trois ans, accidens cérébraux de plus en plus graves; affaiblissement graduel; maux de tête continuels et intolérables; abolition lente du sens de la vue; paralysie incomplète. Pendant le mois qui précède la mort, aggravation de tous ces symptômes; diminution de la force musculaire; par suite, chute de la tête sur la poitrine et flaccidité des membres; attaques épileptiformes avec perte des sentimens; rigidité générale des membres. — Plus tard, tremblement des membres, puis hémiplégie à droite avec perte de la sensibilité; tremblemens à gauche avec raideur. — Mort.

Os du crâne minces, très fragiles, surtout à gauche; face interne du même côté érodée. — Face interne de la grande aile gauche du *sphénoïde* d'une couleur grisâtre et légèrement érodée; paroi postérieure du sinus frontal et lame criblée de l'*ethmoïde* détruites. — Adhérences de de la *dure-mère* à gauche; sous ces adhérences, quatre *tumeurs* du volume d'une noix et dures au toucher. — Destruction des *nerfs olfactifs*. — Atrophie et ramollissement des *nerfs optiques*. — A l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche, *plusieurs corps* d'une grosseur variable, adhérant entre eux, irrégulièrement arrondis, alongés, aplatis, ressemblant à de la substance cartilagineuse. — Toute la substance cérébrale qui environne ces tumeurs, et presque la totalité de l'hémisphère gauche et une petite partie du droit, ramollies, diffluentes, etc. — L'*arachnoïde* qui recouvre les portions du cerveau détruite; l'arachnoïde cérébrale épaissie dans toute son étendue. — *Pie-mère* injectée.

Cervelet sans doute sain, puisqu'il n'en est fait aucune mention, quoique les détails de la nécroscopie soient très circonstanciés.

Dans les trois observations qui précèdent, l'infection syphilitique a suivi la marche qu'elle affecte le plus fréquemment. Elle s'est portée des parties sexuelles aux muqueuses de la bouche, de l'arrière-bouche et du nez, pour attaquer ensuite les os de la face, qui sont si voisins de toutes ces muqueuses. Mais il arrive aussi souvent que le principe de cette terrible maladie se porte, sans l'intermédiaire des parties molles, sur le système osseux, et il n'est pas rare, comme chacun sait, de voir des périostoses ou des exostoses succéder immédiatement à des accidens syphilitiques primitifs, ou bien un point du système osseux être frappé de carie de la même façon. Alors, s'il se manifeste quelques symptômes dans les parties molles, ils ne sont plus alors que consécutifs à la maladie de l'os sous-jacent. Eh bien, si dans ce dernier cas, où le virus syphilitique envahit presque de suite le système osseux, c'est une portion de la voûte osseuse du crâne qui est frappée de carie, la maladie pourra encore se propager jusqu'au cerveau d'une manière analogue à celle que nous avant signalée pour les trois premières observations. La carie gagnera la face interne de l'os, et, se trouvant en contact avec la dure-mère, elle y fera développer des accidens morbides qui s'atendront rapidement au cerveau. Les observations qui vont suivre montreront parfaitement comment les choses se passent dans les circonstances que nous venons d'indiquer.

IVe *Observation de Mediavia.* (*Morgagni, lettre* 9, N° 25.)

Gommes vénériennes sur le coronal. — La gauche disparaît pendant un traitement mercuriel; il lui succède une saillie pulsative.

Mort après un assoupissement taciturne, sans paralysie et après plusieurs accès d'épilepsie.

Coronal perforé à gauche. — Dans le point

correspondant, destruction des deux *méninges*, qui sont remplacées par une fausse membrane épaisse, mais sans consistance. *Substance corticale* jusqu'à la médullaire ayant la consistance du foie. — Le reste de l'hémisphère plus mou, excepté en arrière. — Du même côté, cavité de la capacité d'une petite noix renfermant une sanie noirâtre. — A droite, commencement d'érosion du crâne.

Ve *Observation de M. Tacheron.* (*Recherches anatomico-pathologiques sur la médecine pratique*, tome 3, page 380.)

Au début, attaques d'épilepsie assez fréquentes commençant par un tétanos léger, puis convulsions avec écume à la bouche. — Facultés intellectuelles détruites. — Yeux fixes; pupille dilatée à droite; iris peu contractile; vue éteinte; regard convergent vers la racine du nez. — Assoupissement continuel. — Pleurs. — Réponses incohérentes quand on touche le malade. — Hémiplégie incomplète à droite. — Pouls normal. — Constipation.

Exostose sur le pariétal gauche, rien aux parties sexuelles.

Os pariétal gauche au devant de la fosse pariétale carié. — *Dure-mère* perforée dans cet endroit, et permettant la sortie d'une *excroissance cancéreuse* formée dans la substance cérébrale. — Dans la partie moyenne de l'hémisphère gauche, *tumeur cancéreuse*, ovale, de trois pouces sur deux de diamètre, se séparant facilement de la substance du cerveau, et formée de cinq à six lobes faciles à diviser les uns des autres, durs comme des fibro-cartilages, formés d'un tissu grisâtre criant sous le scalpel, n'ayant pas d'odeur particulière. Ventricules remplis d'une sérosité limpide.

Cervelet et autres organes sains.

VIe *Observation du même.* (Même ouvrage, tome 3, page 379.)

Depuis vingt-cinq ans, forte céphalée. — *Abus du mercure* pour le traitement d'une *gonorrhée*. — Après six semaines d'un état comateux et presque léthargique, mort.

Os du crâne cariés; la maladie paraît avoir commencé par la table intérieure. — *Dure-mère* très adhérente aux points cariés. — Entre l'*arachnoïde* et la *pie-mère*, épanchement sensible de matière gélatineuse. — Circonvolutions du *cerveau* affaissées et humectées de sérosité; substance du *cerveau* très sèche; ventricule gauche contenant très peu de sérosité; lobe moyen de l'hémisphère droit entièrement en suppuration. — Dans la partie inférieure du même lobe, la dure-mère, désorganisée dans sa texture et très épaissie, renferme des *concrétions* ayant une consistance assez dure, semblables aux tumeurs lymphatiques, et qui paraissent formées par la substance cérébrale elle-même. — Sinus caverneux droit entièrement détruit, ainsi que les nerfs.

Cervelet et *moelle alongée* sains.

Dans le fait suivant, la table intérieure de l'os du crâne que la syphilis avait frappé, n'a pas paru malade, mais cependant l'os frontal qui portait sur sa surface extérieure des cicatrices syphilitiques, était *injecté*, *altéré* jusqu'à une profondeur de quatre lignes, et l'on trouve ensuite la dure-mère aussi malade. N'est-il donc pas bien présumable que cette membrane si voisine du siége de la maladie, dont elle n'était séparée que par un tissu très perméable, a encore servi d'intermédiaire à la propagation de la maladie de l'enveloppe cutanée du crâne à l'organe renfermé dans cette boîte osseuse?

VIIe *Observation de M. le docteur Sanson.* (*Lallemand, lettre septième*, N° 2, tome 3, page 10.)

Cicatrices syphilitiques sur la poitrine; une d'elles pénètre jusqu'à la côte, qui est dénudée en quelques points. Ces cicatrices sont taillées à pic, et les parties environnantes d'une couleur *bronzée-noirâtre*. — *Sur le front cicatrices semblables*, dont l'une est enfoncée en godet. L'os sous-jacent est injecté et altéré jusqu'à une profondeur de quatre lignes.

Dans l'*hémisphère gauche du cerveau, tumeur presque vasculaire*; elle adhère presque à la *dure-mère* qui se déchire; la substance cérébrale qui l'entoure est ramollie, diffluente, d'une couleur jaunâtre, semblable à celle de la gomme adragante. — *Trigone* et *septum médian* dans un état de ramollissement commençant.

Cervelet sain.

Dans l'observation suivante, l'infection syphilitique n'est plus partie des os dont la carie d'abord extérieure a gagné de proche en proche jusqu'à la face interne que recouvre la dure-mère: mais quoique différent c'est un mode de propagation parfaitement analogue. En effet, quelle parfaite analogie entre une surface cariée sur laquelle s'applique une membrane comme la dure-mère ou du pus fusant à travers les sutures sagittales sur lesquelles vient aussi se coller cette même membrane.

VIIIe *Observation de M. le docteur Lallemand.* — *Lettre septième, N° 1. — Tome III, page 1re.*

Bubon. — Inutilité de plusieurs traitemens mercuriels prolongés pendant plus d'un an. — Le bubon persista toujours en prenant le plus mauvais aspect, développement de symptômes cérébraux de plus en plus graves.

Mort, après quinze jours.

Collection purulente sous la paupière droite. — Le pus en est de couleur jaune verdâtre. — Au niveau du tiers externe de la suture fronto-pariétale même pus à la face cérébrale et entre les feuillets arachnoïdiens. — *Abcès semblables* à la partie inférieure du lobe postérieur de chaque hémisphère et au dessus du ventricule gauche. — Partout où ce pus a pénétré, la *dure-mère* est molle, jaunâtre, le *périoste* est détruit, la surface des os est dénudée, rugueuse.

Cervelet sain.

Collections semblables dans la *poitrine* et dans l'*abdomen*, dans le *foie*. — *Ganglions mésentériques*, volumineux, engorgés, d'un rouge brun.

Collections semblables dans les muscles et plus particulièrement dans ceux du mollet.

Dans cette dernière observation, comme dans les cinq précédentes, nous avons vu qu'on peut facilement suivre la marche de l'infection syphilitique; mais on ne saurait dire qu'il en résulte évidemment que le virus syphilitique peut influencer *directement* le cerveau, et il faut dire avec M. Lallemand: « C'est incontestablement

« au virus vénérien qu'il faut attribuer en der-« nière analyse l'affection cérébrale dans la pre-« mière observation ainsi que dans quelques « autres rapportées dans la lettre précédente. » Oui, l'on peut parler ainsi en ajoutant aussi avec le professeur de Montpellier : « Mais le vi-« rus vénérien a-t-il agi directement sur le « cerveau? » Les observations auxquelles M. Lallemand fait allusion sont au nombre de huit (l'obs. 17 de la lettre 3; l'obs. 5 de la lettre 6 et les six premières de la lettre 7). Nous n'en avons encore cité que cinq : ce sont les obs. 2, 3, 4, 7 et 8 de notre travail. On va bientôt retrouver les autres, ainsi qu'une autre empruntée aux *Recherches anatomico-pathologiques* de M. le docteur Tacheron, et nous verrons si ces quatre dernières observations pourront être plus facilement invoquées pour prouver cette influence directe, à laquelle M. Lallemand paraît assez disposé à croire.

Dans les deux observations qui vont suivre on trouvera encore l'ethmoïde en partie détruit, mais le travail morbide a paru se porter ensuite immédiatement sur le cerveau sans attaquer la dure-mère, qui se trouvait cependant en contact avec le siége même de l'affection syphilitique; à moins qu'on ne suppose, ce qui paraît assez improbable, que des observateurs aussi attentifs que ceux qui nous fournissent ces faits aient négligé de dire que cette membrane fût malade, ou qu'ils ne s'en fussent point aperçu si elle l'eût été.

IXe *Observation* de *Prost.—Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des cadavres. Tome II, page* 59.

Symptômes syphilitiques primitifs guéris. — Un an après, *boutons* sur toute l'habitude du corps; sueur abondante.—Expectoration par le nez et le pharynx de matières muqueuses épaisses; constipation. — Après la disparution des boutons, augmentation d'étourdissemens préexistans et apparition *d'ulcérations*, au gosier, aux fosses nasales; destruction de la cloison et d'une partie du nez.—Les sudorifiques font disparaître tous les symptômes syphilitiques, mais les symptômes cérébraux continuent d'augmenter et altèrent le caractère du malade qui perd presque la vue.—Dans le même moment, réapparition des *ulcères* des narines. — Après une suspension des accidens cérébraux, ils reparaissent avec une plus grande intensité; évanouissemens fréquens, subits et prolongés, mouvemens convulsifs très violens; syncopes complètes.—Paralysie du bras gauche, puis des muscles du visage.—Du membre inférieur gauche; chaleur brûlante dans les parties paralysées; bégaiement; déglutition difficile, constipation opiniâtre; ventre ballonné; *mort*, comme si le malade s'endormait, quelque temps après avoir recouvré l'intelligence, la vue et la parole.

Cuir chevelu couvert de *croûtes* plus fines que celles de la teigne. — *Nez* presque totalement détruit; sa cloison détruite.—*Membrane pituitaire* couverte de bourgeons charnus et de matières purulentes. — *Ethmoïde* presque en partie détruit. — *Cornets* et *sinus* maxillaires excoriés et couverts de pus. — *Substance cérébrale*, ferme, assez injectée. — A l'union des nerfs optiques et à la naissance des olfactifs, *duretés obrondes* comme des pois, confondues avec la substance médullaire, dont elles avaient toutes les propriétés physiques. — Mêmes *tumeurs* dans le cerveau.—Trois gros de sérosité dans les *ventricules latéraux*.

Cervelet sain.

Dans le fait suivant, l'ethmoïde seul n'était pas carié; le sphénoïde l'était aussi, et malgré cette plus grande étendue du siége de la maladie, la dure-mère paraît aussi avoir échappé à la contagion et le cerveau est encore devenu malade sans que son enveloppe ait été atteinte.

Xe *Observation de M. le docteur Tacheron* (*Recherches anatomico-pathologiques, etc. t.* 3, *page* 384).

Dans la jeunesse, plusieurs *affections syphilitiques* mal soignées. — Pendant dix ans, *céphalalgies* très internes qui résistent aux dérivatifs, aux antispasmodiques, aux *mercuriaux*. —Ensuite, douleur dans la fosse nasale droite et de temps en temps épistaxis assez abondante. Enchiffrenement.—Paralysie et perte de la vue de l'œil droit.—Paralysie incomplète de la main droite.—Persistance de la céphalalgie.—Enfin mort à 46 ans, après une hémorrhagie considérable par les narines et un anéantissement qui a précédé la mort de six jours.

Carie des *os propres* du nez, de l'*ethmoïde*, du *sphénoïde*.

Tout l'*hémisphère droit* réduit en un putrilage d'une extrême fétidité.—Le *ventricule droit* contenant deux onces environ de sérosité roussâtre.—*Circonvolutions du cerveau* affaissées et humectées de sérosité.

Cervelet commençant à se putréfier, il était d'un vert roussâtre et exhalait une odeur nauséabonde.

Il est à regretter que pour cette observation on n'ait point dit combien de temps après la mort a été faite l'autopsie cadavérique, car il est présumable que l'état de putréfaction dans lequel on a trouvé le cerveau et le cervelet était le résultat de la décomposition générale et avancée du cadavre et non point un phénomène pathologique. Du reste nous ferons remarquer que cette observation et la première seraient les deux seules qui eussent offert une lésion du cervelet.

Ainsi dans ces deux observations, l'infection syphilitique ayant son siége au voisinage du cerveau se serait immédiatement portée sur cet organe! Mais pour qu'il ne restât aucun doute à cet égard, il faudrait que les lésions trouvées dans le cerveau eussent eu un caractère spécial, tranché; qu'à leur aspect on eût pu dire, cette lésion offre des caractères syphilitiques, de même qu'à la vue d'un cancer du cerveau on reconnaît une dégénérescence cancéreuse de cet organe. Tandis que dans toutes les observations qui précèdent, rien de semblable, et les lésions trouvées dans le cerveau n'appartiennent pas plutôt à une maladie syphilitique qu'à toute autre affection pouvant réagir sur cet organe et y provoquer le développement d'accidens inflammatoires. C'est comme pour notre première observation dont l'altération de l'encéphale n'est pas plus que celles signalées par les autres observateurs un symptôme syphi-

litique; car M. Duhamel se rappelle parfaitement bien avoir fait l'ouverture d'un épileptique mort subitement et dont le cerveau offrait une lésion pathologique tout-à-fait semblable à celle trouvée chez Y***.

Quoi qu'il en soit, poursuivons notre tâche, et continuons de donner l'analyse des observations qui permettent de présumer que le virus syphilitique peut influencer directement le cerveau. Cependant nous n'eussions point fait figurer dans notre travail celle qui va suivre, tant elle est incomplète, si M. le professeur Lallemand ne l'avait pas citée dans sa *septième Lettre*, parmi celles qu'il invoque comme pouvant prouver cette influence directe.

XIe *Observation de Baillou* (*Opera omnia paradigmata*, VIIe *obs.*, *page* 525).

Un an avant la mort, contraction des membres inférieurs qui sont fléchis et retirés sur eux-mêmes : des *frictions mercurielles* dissipent ce symptôme. — Céphalalgie. paralysie des nerfs optiques et olfactifs; mort dans les convulsions.

Os frontal carié et perforé. — Carie qui s'étend aux *temporaux*. — *Os ethmoïdaux* encore plus cariés. — Abcès dans les corps maxillaires.

Il faut dans cette dernière observation admettre que la carie des os de la face et de ceux du crâne était syphilitique, ce qui n'est certes pas parfaitement prouvé. Mais cette circonstance fût-elle bien établie, qu'il n'en résulterait point encore qu'on en pût conclure la nature vénérienne de la lésion cérébrale, pas plus qu'elle n'est démontrée par l'influence favorable exercée par les frictions mercurielles. Qui ne sait, en effet, qu'on a employé ces frictions, et assez souvent avec avantage, dans le traitement des inflammations de l'encéphale, pures du reste de toute influence d'un virus quelconque.

Enfin, nous donnons encore une dernière observation tout aussi peu probante que celle qui précède, car si elle offre le tableau d'une affection syphilitique primitive, devenant constitutionnelle pendant le développement d'accidens cérébraux de plus en plus graves, il ne résulte nullement de la marche des deux maladies que l'une ait été produite par l'autre, et que la maladie cérébrale se soit développée par l'influence de l'infection syphilitique; car je ne puis pas croire qu'on en donne comme une preuve l'amélioration momentanée des deux maladies obtenue simultanément par l'emploi du gayac.

XIIe *Observation de Bonet* (*Sepul.*, *lib.* IV, *sect.* 1^a, *additamentum*).

Ulcères au gland. — Peu de temps après, des mouvemens épileptiques qui devinrent par la suite plus violens : *pustules à la tête, taches rouges aux tempes et au front.* — Céphalalgie: *peau et yeux pâles et livides.* — *Tumeurs molles et blanchâtres* aux membres inférieurs. — Somnolence, abolition presque complète de la mémoire; diminution, puis exagération de l'ouïe; ophthalmies. — Après une amélioration immense, obtenue à l'aide du gayac et le retour des premiers accidens par suite d'une légère imprudence. — *Tumeur molle* sous la peau du sinciput; — douleurs dans les membres; plus tard, après l'usage des eaux de Padoue, convulsions continuelles surtout du cou et de l'un des bras; grande difficulté de remuer la langue; carus, léthargie profonde; mort.

— *Ventricule gauche* rempli d'eau.

— Une partie du cerveau altérée et comme gangrénée, et au milieu de ce désordre *trois petits corps verdâtres*, ayant l'aspect de tumeurs gommeuses.

— *Cervelet* sain.

— Intégrité de tous les os du crâne et de tout le système osseux.

De ces douze observations, les huit premières offrent un résultat facile à saisir; elles sont une démonstration évidente que le virus syphilitique en s'avançant de proche en proche des tissus qu'en général il affecte primitivement, aux limites du cerveau, peut y déterminer une inflammation qui débute généralement par la dure-mère. Cette membrane, en effet, est irritée par le contact de la sanie sécrétée par l'os carié, ou par celui de la matière de la suppuration échappée d'un foyer plus éloigné et qui a fusé au travers des sutures sagittales (VIIIe Obs.). Mais il ne se passe rien là que de fort ordinaire, et nous ne doutons pas (sans doute nos lecteurs partageront nos convictions) que si après avoir détruit un des points de la boîte osseuse qui renferme le cerveau, on arrivait à la surface de la dure-mère pour y déposer, en quantité suffisante, un liquide irritant (n'importe par quel règne il eût été fourni), nous ne doutons pas, disons-nous, qu'il n'y déterminât d'abord une inflammation de cette importante séreuse, et consécutivement des désordres plus ou moins graves dans la substance même du cerveau. Ainsi, dans ces huit cas, le virus syphilitique que nous *matérialisons*, pour ainsi dire, en l'admettant comme présent dans la sanie fournie par les caries syphilitiques ou dans le pus qui s'écoule des abcès de même nature; ce virus, disons-nous, n'a rien fait autre chose en venant toucher la dure-mère, que d'y provoquer le développement d'une inflammation comme l'eût fait tout autre corps irritant. Aussi, nous le répétons, pour que ces huit faits nous eussent fait croire que le virus syphilitique ait pu influencer directement le cerveau, il eût fallu que, n'ayant pas pu suivre aussi facilement la marche de la maladie, nous eussions trouvé dans cet organe des désordres d'une nature particulière, des altérations non encore observées, offrant un certain cachet, tandis que dans le fait emprunté à la pratique de l'un de nous (Ire Obs.), comme dans les sept autres, on n'a rencontré que des altérations déjà décrites comme étant la conséquence des différentes formes que peut revêtir l'encéphalite.

Aussi, M. Lallemand a-t-il bien dit qu'il resterait à rechercher si cette action désorganisatrice du virus syphilitique s'exerce directement sur le cerveau, ou si cet organe n'est devenu malade que par suite de la carie de l'un des points de sa boîte osseuse. Mais bientôt n'usant plus de la même réserve et laissant percer sa véritable opinion, l'observateur habile que nous combattons ajoute : « Cependant chez plusieurs « de ces malades, les symptômes d'affection

« cérébrale ont évidemment précédé tous les « autres; chez presque tous, ils se sont amen- « dés d'une manière notable toutes les fois « qu'un traitement anti-vénérien a été admi- « nistré; ils ont même disparu complétement « et à plusieurs reprises, de manière à faire « croire à une guérison radicale; enfin, dans « les observations III et IV (1), les tumeurs « avaient leur siége dans l'épaisseur du cer- « veau, et même il n'est question, dans ces « deux cas, d'aucune altération du crâne ou « de la dure-mère. Ces faits suffiraient *pour « prouver que la substance cérébrale est sus- « ceptible d'être influencée primitivement et « directement par le virus vénérien.* » — C'est cette proposition formelle que nous croyons devoir combattre et par les raisons que nous avons déjà données. Du reste l'illustre professeur de Montpellier a bien senti que les observations où l'on peut suivre les progrès de l'infection syphilitique, comme dans les huit premières de ce mémoire, ne suffisaient pas pour démontrer la solidité de la proposition émise plus haut, et il a eu le soin d'invoquer celles où la dure-mère n'a pas servi d'intermédiaire à la propagation de la maladie; mais dans notre opinion, l'observation XIIe (Obs. III de M. Lallemand) est sans aucune espèce de valeur, et quant aux observations IX (Obs. IV de M. Lallemand) et X, nous avons franchement exprimé notre doute sur leur importance, en laissant entrevoir que la dure-mère avait bien pu être malade sans que les observateurs, préoccupés de suite des désordres trouvés dans le cerveau, s'en soient aperçu. Mais nous fussions-nous trompés en faisant cette supposition, il resterait encore bien évident qu'une encéphalite peut survenir chez un individu atteint d'une syphilis constitutionnelle, et que, s'il y a carie des os du crâne, le travail morbide qui s'opère dans un des points de cette boîte osseuse doit favoriser l'afflux du sang vers l'organe qu'elle renferme, et, à ce sujet, M. Lallemand ne dit-il pas lui-même, après s'être adressé cette question : *Mais le virus vénérien a-t-il agi directement sur le cerveau?* « Nous avons vu « dans la quatrième lettre quelle funeste in- « fluence avait la carie des os du crâne sur les « organes contenus dans sa cavité; il semble « donc naturel de penser que, dans les cas dont « il s'agit, l'encéphalite a été provoquée par la « maladie des os plutôt que par l'action directe « de la cause syphilitique. » Ajoutons qu'une maladie de l'encéphale peut fort bien se développer sans que la syphilis, sans que la carie en soient formellement les causes, cette dernière condition ne faisant qu'accélérer la marche de l'*inflammation cérébrale.* Ces raisons nous paraissent tellement évidentes, que nous ne comprenons pas trop bien que le professeur de Montpellier ait dit : *Chez plusieurs de ces malades les symptômes d'affection cérébrale ont évidemment précédé tous les autres.* Qui peut alors faire présumer qu'ils se soient développés sous l'influence syphilitique? Qu'on ne perde pas de vue qu'il s'agit d'un organe qui, toujours en fonctions, est un des plus fréquemment malades.

C'est encore dans le but de prouver mieux la bonté de sa proposition que le praticien distingué que nous combattons invoque en sa faveur l'influence favorable exercée sur la maladie de l'encéphale par le traitement dirigé contre l'affection vénérienne. Avant d'exprimer notre opinion sur ce point, complétons notre citation, car M. Lallemand ajoute : « Tout récemment « encore, j'ai vu un médecin distingué et un « officier d'infanterie guéris d'une surdité très « ancienne par un traitement anti-vénérien, « administré contre de nouveaux symptômes « syphilitiques développés successivement sous « les formes les plus insidieuses. J'ai vu (dit- « il encore plus bas), dans des cas de syphilis « constitutionnelle, des symptômes bizarres qui « ne pouvaient appartenir qu'à une affection du « cerveau et de la moelle, et dont je n'ai re- « connu la cause première qu'après leur dis- « parition subite, sous l'influence d'un traite- « ment anti-vénérien administré sous d'autres « indices. » Et à ces nombreux témoignages M. Lallemand ajoute encore une observation qui offre au lecteur le tableau d'accidens cérébraux fort graves (*trois courtes hémiplégies du côté droit, engourdissemens et fourmillemens habituels du même côté. — Exostose sur le coronal*), concomitans de symptômes syphilitiques, et les uns et les autres cédant simultanément à un traitement anti-vénérien...

Faisons d'abord observer que tout ce raisonnement se trouve détruit par cette seule objection, qu'il est bien possible que la *surdité* chez le médecin et l'officier, que ces *symptômes bizarres* attribués à une affection du cerveau, que l'*hémiplégie* de la dernière observation aient été produits ou par une exostose ou par un gonflement, ou bien encore par un commencement de carie d'un des points des os du crâne. Dans cette hypothèse, qui nous paraît être la plus probable, on concevra l'action favorable du traitement sur les symptômes cérébraux; ceux-ci, en effet, se développant sous l'influence de la maladie de la boîte osseuse, ont dû diminuer et se dissiper en même temps que cette maladie, convenablement et heureusement combattue. Reste maintenant cette autre circonstance invoquée par M. Lallemand, qu'il est arrivé quelquefois que des accidens cérébraux préexistans ont été dissipés par un traitement anti-vénérien dirigé contre des symptômes primitifs de syphilis. Certes, ce raisonnement aurait eu quelque puissance à l'époque où l'on croyait encore à la spécificité absolue des agens thérapeutiques. Mais depuis qu'on ne considère plus ces agens, et avec raison, que comme des modificateurs de notre économie, comme des moyens d'y exciter certains mouvemens, on ne peut plus invoquer une semblable raison. Et en effet n'a-t-on pas quelquefois heureusement combattu la méningite et la méningo-céphalite, car l'une emporte presque toujours l'autre, à l'aide du calomélas et mieux des frictions mercurielles? Et n'est-il pas bien évident qu'on peut espérer dissiper par les sudorifiques ces mêmes maladies, qui se seraient développées sous l'influence d'une affection rhumatismale?

(1) Ces observations III et IV de la *Septième Lettre des Recherches* de M. Lallemand sont les Obs. IX et XII de notre travail.

Concluons donc de tout ce qui précède, et nous sommes heureux d'avoir encore à invoquer le témoignage de M. Lallemand, qui, en définitive, ne soutient son opinion de l'influence directe qu'avec réserve; concluons que l'on ne pourra trancher une semblable question que lorsqu'on aura reconnu aux affections cérébrales, qu'on suppose développées sous l'influence du virus vénérien, *quelque caractère distinctif*. Ainsi il ne pourrait plus exister de doute à ce sujet, si on rencontrait plusieurs fois, comme cela est arrivé une fois à MM. Dunal et Lallemand, à la surface du cerveau et de la moelle alongée d'individus qui eussent été atteints de syphilis constitutionnelle, des végétations semblables aux *choux-fleurs* vénériens. Mais jusque-là « il faut certainement « (comme le dit M. Lallemand) des faits plus « nombreux et *observés dans un autre esprit* « pour éclairer une question aussi neuve et « aussi obscure. »

Nous sommes tous deux trop connus comme partisans presque exclusifs des *préparations aurifères* dans le traitement des maladies vénériennes, pour ne pas dire un mot de l'insuffisance de cet agent thérapeutique dans le cas d'Y*** (observat. Ire). Disons d'abord que le premier traitement suivi par Y*** avait procuré les résultats les plus avantageux, et que probablement la cure eût été définitive, s'il avait tenu compte du conseil qui lui avait été donné de suivre son traitement pendant encore au moins trois mois. En effet, celui de nous qui le traitait (M. Duhamel), avait bien jugé de la gravité de la maladie, et parfaitement compris qu'un traitement de six mois ne serait pas suffisant pour déraciner une maladie qui avait établi son siége dans le tissu même des os de la face. Quant à la rechûte, elle a été combattue par un traitement double, puisque le malade a fait simultanément usage de *stannate d'or*, de *perchlorure d'or* et de *sodium* et de *deutochlorure de mercure*; ainsi le reproche qu'on adresserait à l'*or* serait partagé par le *mercure*. Mais il existe encore une autre raison à donner du peu de succès du premier comme du second traitement, c'est que, dans des affections syphilitiques aussi graves, on aura à redouter de voir échouer toute espèce de traitement, si son action n'est point aidée d'un régime particulier et de soins hygiéniques appropriés. Il n'y a rien eu de cela pour Y***, dont les fonctions l'appelaient à tout moment hors de chez lui, de jour comme de nuit, ne lui permettant souvent de manger qu'où il se trouvait, et ce qu'il trouvait, et le tenaient exposé les trois quarts du temps à toutes les intempéries des saisons. Ces conditions fâcheuses, auxquelles il était impossible de le soustraire, n'avaient pas permis à son médecin de lui conseiller des soins hygiéniques, et donnent à notre sens une explication satisfaisante du peu de succès obtenu chez ce malade.

DUHAMEL et A. LEGRAND.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

IV. MÉTRITE AIGUE OCCASIONÉE PAR DES MANOEUVRES IMPRUDENTES PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — *Péritonite partielle consécutive, avec épanchement considérable occupant la région iliaque droite. — Disparition subite de la tumeur à la suite de plusieurs évacuations par l'anus, de matières séro-purulentes mêlées de sang. — Peu de jours après, nouvelle accumulation de liquide dans le même lieu. — Ouverture spontanée de la tumeur à travers la paroi du ventre, un peu au dessus de l'anneau inguinal du côté droit. — Guérison complète.*

Madame Nottret-Doyen, du bourg de Suippes (Marne), âgée de vingt-sept ans, d'une constitution vigoureuse, et enceinte pour la seconde fois, était arrivée sans aucune espèce d'incommodité à la fin du neuvième mois de la gestation. Elle éprouva, dans la matinée du 6 février 1835, les premières douleurs de l'enfantement; les maux devenant plus forts et plus rapprochés dans la soirée, elle fit appeler M. B....., officier de santé du lieu. Celui-ci passe près d'elle environ deux heures sans que le travail fît le moindre progrès. Dès son arrivée, les contractions de l'utérus avaient cessé; elles ne reparurent qu'au milieu de la nuit. Fatigué d'attendre, l'accoucheur manifesta à plusieurs reprises son impatience et le vif désir qu'il avait d'aller se mettre au lit. Cependant il promit à madame Nottret de ne la quitter qu'après l'accouchement terminé, mais à condition qu'elle lui permettrait d'employer, pour hâter sa délivrance, tous les moyens dont il pourrait disposer.

Cette pauvre femme, qui ne demandait qu'à voir arriver le terme de ses souffrances, consentit à tout. En conséquence, M. B..... se mit aussitôt à l'œuvre; il introduisit dans la cavité utérine d'abord un doigt, puis deux, puis la main tout entière, et pour opérer plus rapidement la dilatation du col, il imprima à sa main des mouvemens de rotation en divers sens. Plusieurs fois ces violentes manœuvres furent mises en usage, malgré les cris de la patiente, qui suppliait qu'on la laissât tranquille. Vaines prières! L'accoucheur, suant sang et eau, n'en continua pas moins à *travailler* jusqu'à ce que la tête eût franchi le détroit inférieur.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, et sans attendre que l'utérus fût revenu sur lui-même, M. B..... voulut opérer la délivrance. A cet effet, il fit sur le cordon de fortes tractions qui en opérèrent la rupture tout près de son implantation sur le placenta : il alla, sans désemparer, à la recherche de ce dernier, qu'il ne put parvenir à saisir Il n'est pas besoin de dire ici que ces tentatives, plusieurs fois réitérées, déterminèrent une vive irritation sur tous les points du canal vulvo-utérin, qu'avait si rudement parcourus la main de l'accoucheur. Epuisé de fatigue à la suite de tant d'efforts infructueux, il prit le parti de se retirer, promettant de revenir le lendemain de bon matin pour extraire le placenta.

Il n'y avait pas deux heures qu'il était sorti, lorsqu'on l'envoya chercher de nouveau : un corps mou, spongieux, d'un rouge foncé, se présentait à la vulve : c'était l'arrière-faix. L'extraction en fut faite immédiatement; mais,

sans examiner si le placenta était entier, M. B..... voulut s'assurer par le toucher s'il n'en restait pas quelque portion dans la cavité utérine. Dans ce but, sa main, introduite avec violence, parcourut brusquement tous les points de cette cavité; elle rencontra un corps saillant, molasse, qu'il prit pour une partie du placenta encor adhérente à la matrice. Il fit de fortes tractions sur ce prétendu reste du délivre, que les cris de la gissante purent seuls lui faire lâcher : c'était sur un des replis de la membrane interne de l'utérus qu'il tirait!

Tous les symptômes d'une métrite intense ne tardèrent pas à se manifester après ce laborieux enfantement. Madame Nottret ressentit le même jour, dans la soirée, des frissons et une douleur vive à l'hypogastre, accompagnée de pesanteur et de chaleur, et augmentant par la pression. Le lendemain, la fièvre avait acquis une très grande force; la peau était brûlante et recouverte d'une sueur abondante. Cet état dura une huitaine de jours, pendant lesquels un écoulement peu abondant de matières sanguinolentes se fit par la vulve. La malade resta les deux premiers jours sans uriner, et même sans en éprouver le besoin; elle eut une constipation opiniâtre, à laquelle succéda un dévoiement qui l'affaiblit beaucoup. Malgré l'intensité de ces accidens, la sécrétion du lait s'établit du cinquième au septième jour; à la vérité elle fut très rare et ne put suffire aux besoins de l'enfant.

Du huitième au dixième jour, la douleur hypogastrique diminua peu à peu, finit par disparaître totalement pour être remplacée par une autre douleur beaucoup plus aiguë, exaspérée par la pression la plus légère et dont le siége occupait la région cœcale. L'apparition de cette nouvelle douleur fut précédée de quelques frissons, auxquels succédèrent successivement une grande chaleur à la peau, des nausées et quelques vomissemens. Le visage devint pâle, les traits parurent profondément altérés; la malade se tenait couchée sur le dos. La respiration était gênée, fréquente, le pouls petit, les urines rares. Les lochies furent complétement supprimées; cependant l'enfant put continuer à prendre le sein. Bientôt le ventre se distendit et acquit une grande dureté dans toute la partie droite de l'hypogastre : cette distension devenait chaque jour plus considérable et donnait beaucoup d'inquiétude à la malade, qui se plaignait souvent du peu de soin que l'on en prenait.

Cependant, M. B....., sans examiner l'état de l'abdomen, fit prendre à madame Nottret, pendant plusieurs jours consécutifs, des pilules purgatives, dont l'effet fut d'exaspérer chaque fois les symptômes de la maladie et d'irriter violemment les voies digestives. Tout le traitement consista, pendant l'espace de quatre semaines, dans l'emploi de ces moyens incendiaires.

La péritonite existait depuis près de vingt jours, lorsque, pour la première fois, il vint à l'idée de l'accoucheur d'examiner le ventre de la malade. A sa grande surprise, il trouva toute la partie droite de l'hypogastre envahie par une tumeur considérable, qu'il attribua à un *déplacement* de la matrice; ce déplacement, suivant lui, n'avait rien qui dût alarmer madame Nottret; il assura que l'utérus ne tarderait pas à reprendre sa position habituelle, et qu'alors la malade serait parfaitement guérie; mais pour seconder les efforts de la nature, il proposa de nouveau l'usage de ses pilules purgatives.

Peu satisfaits de cette explication et du résultat du traitement employé jusqu'à ce jour, la malade et sa famille prirent le parti d'appeler un second médecin. Sur leur demande, je me rendis le 4 mars, vingt-huit jours après l'accouchement, auprès de madame Nottret, qui me présenta l'état suivant :

Amaigrissement considérable, décubitus dorsal, immobilité du tronc, affaissement prononcé; visage pâle, grippé; lèvres décolorées; céphalalgie frontale; insomnie depuis le début; respiration courte, fréquente; toux légère, sans expectoration; peau chaude, humide, frissons irréguliers; pouls petit, serré, à cent vingt battemens; urines rouges, sédimenteuses; absence d'écoulement par le vagin; sécrétion du lait très rare; langue sèche, d'un rouge vif, hérissée de papilles sur toute sa surface; soif vive; nausées, un ou deux vomissemens chaque jour, constipation; ventre souple et indolent partout, excepté en bas, à droite, où je trouvai une tumeur considérable, froide, lancinante, très sensible au toucher; cette tumeur avait sa grosse extrémité dans la fosse iliaque droite, et sa petite au dessus de la symphyse des pubis; son plus grand diamètre se trouvait dans la direction de la trompe de Fallope du côté droit; la douleur avait cela de particulier, qu'elle augmentait par la pression la plus légère, par les mouvemens, les vomissemens, la toux et l'émission des urines.

A ces symptômes, il était impossible de méconnaître l'existence d'une péritonite partielle, avec épanchement de matières liquides dans la partie frappée de phlegmasie; épanchemens que je reconnus à la fluctuation bien manifeste et au son très obscur que présentait la tumeur. Cette affection était évidemment due aux manœuvres brutales exercées sur la matrice pendant le travail de l'accouchement et après la délivrance. A la vérité, les premiers effets de ces procédés se firent sentir sur l'utérus, qui s'enflamma immédiatement après; mais bientôt la métrite se dissipa pour être remplacée par une autre inflammation plus grave et dont la durée devait être beaucoup plus longue.

La maladie reconnue, il s'agissait de prescrire le traitement: à l'intérieur, je conseillai la décoction de racine de guimauve, la solution de sirop de gomme, l'eau d'orge coupée avec le quart de lait, et des lavemens émolliens; à l'extérieur, je fis faire des frictions mercurielles sur la tumeur, qui, aussitôt après, devrait être recouverte de cataplasmes émolliens. Ces moyens furent exactement employés du 4 au 17 mars, sans aucun bénéfice; il y eut même de l'augmentation dans le volume de la tumeur et les forces s'affaiblirent de plus en plus.

Le 18 mars, la malade mettant de côté la sévérité de son régime, mangea dans la journée deux petits poissons frits, qu'elle trouva excellens. Dans la soirée, elle fut prise de violentes coliques et d'envies de vomir qui furent

presque aussitôt suivies d'une selle très copieuse; en moins d'une heure, quatre autres selles eurent lieu, pour le moins aussi abondantes que la première. Les matières rendues ayant été jetées sur le fumier, ne me furent point présentées; je pus seulement apprendre qu'elles étaient mêlées de sang et qu'elles n'avaient pas l'odeur ordinaire des matières fécales. La garde malade évalua leur quantité à un pot de chambre et demi. Ces évacuations furent suivies d'une diminution considérable dans le volume du ventre et d'un soulagement marqué : aussitôt après, la malade s'endormit et ne s'éveilla qu'après trois heures d'un sommeil tranquille.

Le 19, à ma visite du matin, je fus bien surpris de ne plus trouver de tumeur, le ventre avait repris sa forme normale; mais en palpant l'espace qu'elle occupait, je sentis profondément une foule de bosselures peu douloureuses, qui n'étaient autre chose que des replis de l'épiploon et de l'intestin grêle adhérens, dont la surface externe se trouvait recouverte de concrétions albumineuses plus ou moins épaisses. La malade éprouvait un bien-être des plus satisfaisant et se regardait comme sauvée : la fièvre avait cessé, la respiration était libre, le visage calme, néanmoins la langue conservait beaucoup de rougeur et la soif était vive.

Il ne pouvait guère y avoir de doute pour moi sur la nature des matières évacuées par l'anus; la brusque disparition de la tumeur me dit assez qu'elles s'étaient fait passage à travers les parois intestinales, auxquelles il s'était opéré, la veille, une perforation spontanée. Mais le même jour, dans la soirée, j'acquis la certitude de cette perforation : une nouvelle selle eut lieu, et je reconnus qu'elle était formée d'un liquide séreux, trouble, mêlé à du pus et à un peu de sang, et au milieu duquel on voyait nager de nombreux flocons albumineux, blanchâtres et de volumes divers.

Doit-on attribuer la perforation de l'intestin aux fortes coliques que détermina l'ingestion dans l'estomac de deux petits poissons frits ? Je ne le pense pas : la destruction des parois intestinales ne s'opère que lentement et couche par couche, dans les cas de ce genre. Or, les coliques et la perforation ne peuvent être considérées que comme un simple phénomène de coïncidence; les coliques auraient eu tout au plus l'effet d'accélérer cette perforation.

Les 20 et 21, une selle de même nature; cuissons, sentiment de pesanteur incommode, avec chaleur cuisante à l'anus; envies fréquentes, inutiles et douloureuses d'aller à la selle. Ces symptômes, qui sont les mêmes que ceux que l'on observe dans la dysenterie, étaient évidemment occasionés par le contact des matières qui, sortant de la cavité péritonéale où elles étaient renfermées, tombaient dans les intestins, dont elles parcouraient toute l'extrémité inférieure. Pour remédier à ces accidens, le malade prit chaque jour plusieurs quarts de lavement, dont elle se trouvait bien; pour régime, boissons gommeuses et deux tasses de bouillon de veau.

Le 22, peu de selles; l'intumescence du ventre reparaît et revient à son premier état. Mêmes boissons, plusieurs quarts de lavement, diète.

Le 23, une selle beaucoup plus consistante que les précédentes et composée de pus mêlé à un peu de sang. Immédiatement après, diminution notable du volume de la tumeur. Traitement, *ut suprà*.

Les 24 et 25, pas de selle; développement énorme de la tumeur; amincissement sans changement de couleur de la paroi abdominale, un peu au dessus de l'anneau inguinal du côté droit. Le 26, la peau, plus amincie, est violette; l'épiderme qui la recouvre s'enlève dans l'étendue d'une pièce de cinq francs; pouls plus fort, sans augmentation de fréquence, à quatre-vingt-huit battemens, depuis plusieurs jours; douleurs pulsatives dans la partie où la peau est disposée à s'ouvrir. Dans la soirée, une selle copieuse, composée de matières fécales de couleur et de consistance ordinaires, avec deux ou trois cuillerées de sérosité sanguinolente; soulagement sensible, diminution de la douleur; nuit tranquille, mais pas de sommeil.

Le 27, la peau amincie est distendue et soulevée par un liquide qui forme en ce point une tumeur superficielle grosse comme un œuf de poule; la fluctuation y est bien manifeste; pas de selle, pas de souffrances. Même prescription.

Le 28, dans la matinée, après une nuit très agitée, sans repos; après de vives douleurs, une ouverture étroite, sinueuse, se forme d'elle-même au sommet de l'abcès et donne issue à une grande quantité de sérosité purulente, au milieu de laquelle sont suspendus de nombreux flocons albumineux. Le ventre reprend aussitôt sa forme habituelle; la malade est bien soulagée et dort pendant deux heures. A son réveil, je lui appliquai un bandage de corps médiocrement serré et percé d'un trou correspondant à l'ouverture de l'abcès, lequel trou était destiné à laisser couler librement les matières épanchées dans le péritoine. Elle prit un bouillon et deux demi-lavemens.

Le 29, les matières continuent à sortir, mais en petite quantité; peu de souffrances; nuit tranquille; pouls petit, à soixante-dix-huit; pas de selle. Deux bouillons, deux demi-lavemens; on continue la compression modérée du ventre; une tente de charpie est placée dans l'ouverture de la tumeur.

Le 30 et les deux jours suivans, une selle solide; on oublie de replacer la tente de charpie, l'ouverture se ferme complétement. Deux soupes et deux bouillons; même pansement.

Le 2 avril, les forces commencent à revenir; la langue a perdu toute sa rougeur; la malade se croit totalement guérie. Mais dans la soirée, de nouvelles douleurs se font sentir au bas du ventre, à droite; elles annoncent la formation d'un second abcès, du volume d'une noix, qui se place un peu au dessus du premier. On augmente la quantité des alimens : une selle ordinaire a lieu chaque jour.

Le 6, cette seconde tumeur s'ouvre spontanément et fournit environ un demi-verre de sérosité purulente. Les forces sont presque naturelles.

Le 7, un troisième abcès apparaît entre les deux premiers, sans douleur et sans changement de couleur à la peau; des hémorrhoïde surviennent et occasionnent de vives douleurs

qui sont bientôt calmées par une application de sangsues. Madame Nottret mange à la table commune et commence à faire son ménage. Le bandage du corps reste appliqué jusqu'au 17 avril.

Le 18, la dernière tumeur a totalement disparu sans s'ouvrir; le ventre est un peu plus sensible qu'à l'état normal, dans la partie où siégeait la péritonite; la main sent en ce point quelques bosselures qui n'empêchent aucunement madame Nottret de se livrer aux occupations de son ménage. Depuis cette époque, sa santé n'a pas éprouvé le moindre dérangement.

—

Certes, voilà un fait qui nous donne bien la mesure des ressources puissantes de la nature, car c'est la nature qui a tout fait dans ce cas. Dans un temps où nous désespérions tout-à-fait de la malade, et où tout nous faisait craindre une mort prochaine, la collection séro-purulente continue dans le péritoine, se fait jour tout-à-coup à travers les parois intestinales. Il en résulte un mieux sensible; mais alors il était à craindre que les matières fécales ne s'introduisissent par l'ouverture de l'intestin dans la cavité péritonéale. Rien de semblable n'a lieu: les selles naturelles sont supprimées et ne reparaissent qu'après l'entière occlusion de cette ouverture. Cependant l'épanchement se forme de nouveau; le ventre grossit et redevient aussi volumineux qu'avant la perforation des intestins; la malade, qui commençait à concevoir quelques espérances, retombe dans un profond découragement. Eh bien! comment la nature sort-elle de là? Cette fois, les matières épanchées se fraient passage à travers la paroi antérieure de l'abdomen, et sortent en abondance par deux ouvertures qui se sont formées l'une après l'autre au dessus de l'aîne du côté droit. L'écoulement de ces matières continue jusqu'à ce qu'elles soient entièrement épuisées; aussitôt le mieux reparaît, le calme et les forces se rétablissent, et madame Nottret ne tarde pas à reprendre ses occupations journalières.

SEURRE, D. M. P.

V. HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'ABDOMEN. — MÉCONNUE D'ABORD. — OUVERTURE SPONTANÉE DU KYSTE. — RÉCIDIVE QUINZE MOIS APRÈS. — PARACENTÈSE SUIVIE DE GUÉRISON.

Madame Charles Fleury, de la commune de Samois, près Fontainebleau, tempérament bilieux, sentit, dès l'âge de dix à douze ans, une douleur fixe dans la région lombaire droite. Elle fut menstruée à seize ans. Dès lors cette douleur le plus souvent se manifestait à chaque époque périodique qui était assez irrégulière; du reste, la santé de madame Ch. Fleury n'en souffrait pas.

Mariée à vingt-un ans, cette jeune femme devint enceinte; la gestation ne fut entravée par aucun accident. Elle allaita son enfant, et durant les neuf ou dix mois qui suivirent, elle jouit d'une santé parfaite. Ce fut en quelque sorte au milieu de cet état de santé et tout-à-coup, qu'elle se plaignit d'une douleur plus forte à la partie latérale droite de l'hypogastre. Elle fut obligée de garder le lit. Appelé vers la fin d'août 1832, lorsque déjà madame Ch. Fl. était en proie à d'assez vives souffrances, je dus examiner attentivement la région où elle les accusait. J'y remarquai « une tumeur « sensible à la pression de la main, paraissant « avoir acquis une certaine dureté; circonscri- « te, mais inégale dans son pourtour. Le dé- « cubitus a lieu de préférence sur le côté droit, « et si la malade se couche du côté gauche, « elle éprouve la sensation d'*une boule* qui « tombe de ce côté. Le palper sur la région « lombaire correspondante est également dou- « loureux, mais il est impossible d'y percevoir « par le toucher, à travers les parois muscu- « laires, la tumeur. »

Le traitement antiphlogistique le plus énergique fut de prime-abord employé et sans le moindre amendement. Ce qui nous conduisit à le continuer sans relâche, c'est la persistance des douleurs et surtout l'amplitude très remarquable de la région hépatique qui fit penser à M. le docteur Leblanc, de Fontainebleau, prié de voir la malade avec moi, que nous avions affaire à une hépatite, peut-être même à une hypertrophie du foie.

L'apparition ou mieux la découverte d'un rebord occupant le côté gauche du ventre jusqu'où s'étendait la tumeur, d'un rebord en tout semblable, suivant mon estimable confrère, à celui d'un foie volumineux, le fortifia dans sa dernière opinion; à savoir: que l'*organe sécréteur de la bile était hypertrophié.* Je ne dus pas partager cette opinion, et je fus assez *osé* de diagnostiquer une hydropisie enkystée de l'abdomen, de l'ovaire. Remontant à ces différens points: 1° L'organe de la tumeur; 2° sa progression; 3° la forme sphérique du rebord dont j'ai parlé plus haut, plus sphérique que celui du foie; 4° l'inefficacité de notre médication. Car en plus du traitement antiphlogistique continué opiniâtrément, les grands bains, les narcotiques à l'intérieur, à l'extérieur, les diurétiques, des frictions iodées, etc., furent mis vainement en usage.

Bientôt l'abdomen devient d'un volume si égal dans toute son étendue et d'ailleurs si considérable qu'il n'était plus possible de sentir le rebord en question. Cette malade paraissait alors ascitique; les extrémités inférieures s'infiltrèrent; les urines devinrent rares, etc.

Arrivée dans une si triste position, madame Ch. Fl. ne voulut plus se soumettre à nos prescriptions. On consulta des charlatans, des commères.

Plus tard, on fit demander M. le docteur Gillet, de Melun, qui vit un vaste abcès du foie, suivant ce que j'appris de la famille; les cataplasmes maturatifs, les emplâtres de même espèce ne furent pas épargnés, et sans succès aucun.

M. Leblanc est appelé de nouveau et revoit seul la malade. Deux étroites ouvertures, dans lesquelles on aurait fait pénétrer à peine une tête d'épingle, existaient, une à la partie supérieure de la région lombaire près les côtes asternales; l'autre à un pouce environ de l'ombilic du côté droit. Elles s'étaient formées spontanément, et à leur formation il s'échappa

le premier jour une pinte d'un liquide remarquablement fétide, mais de couleur différente, suivant l'ouverture par laquelle il sortait : blanchâtre par la postérieure, et plus coloré par l'antérieure. L'urine que rendait la malade était aussi alternativement blanchâtre et colorée. Les petites ouvertures furent agrandies par l'emploi de la potasse caustique. On les tint béantes au moyen d'éponges préparées pour favoriser l'écoulement, qui, quoique lent, était déjà incessant. A cette époque de la maladie, l'infiltration des extrémités inférieures était extrême; des scarifications furent pratiquées sur celle-ci et contribuèrent beaucoup à faire disparaître cette complication.

Enfin, l'écoulement ou le suintement des ouvertures fistuleuses cessa, et madame Ch. Fl. reprit son état habituel de santé, mais après avoir, pendant plusieurs mois, couru des chances malheureuses qui étaient loin de promettre un tel résultat.

Madame Ch. Fl. ne s'est, pendant quinze à seize mois, ressentie nullement des accidens dont je viens d'entretenir le lecteur. Ce fut seulement dans le courant d'avril 1834, que cette jeune femme s'aperçut qu'elle portait derechef sur le côté droit de l'abdomen, un peu plus bas que le nombril, une *grosseur*, siége d'une douleur sourde, légèrement augmentée par la pression de la main, se portant du côté gauche lorsqu'elle s'y couche. Ce mouvement lui donne la sensation d'un corps étranger qui se déplace.

Le 30 avril 1834, je visite cette jeune femme, âgée maintenant de vingt-quatre ans.

Le palper de l'abdomen, fait avec soin, me confirme que « cette tumeur est rendue plus « douloureuse par la pression de la main, « qu'elle est rénitente, circonscrite, oblongue, « à surface lisse, proéminente dans son milieu ; « qu'elle occupe non seulement le côté droit « de l'abdomen, tant au dessus qu'au dessous « de l'ombilic, mais qu'elle s'étend encore dans « le flanc gauche. » Tiraillemens dans les aînes, diminution des urines, nausées, vomissemens; altération des traits; langue un peu rouge à son pourtour; inappétence, soif, pouls petit, fréquent; dyspnée.

Sangsues *in loco dolenti*, à l'anus, à différentes fois, cataplasmes, boissons délayantes, frictions mercurielles, cahinça (ce médicament n'est point continué; il est vomi).

Point de soulagement, et bientôt le *ventre* acquiert à vue d'œil plus de volume, la fluctuation me paraît évidente. Eclairé par les antécédens et par ce qui se passe actuellement sous mes yeux, j'annonce une récidive de l'ancienne maladie, et je diagnostique donc, mais avec plus d'assurance, une hydropisie enkystée de l'abdomen. Je propose la ponction que la malade désire ardemment, mais à laquelle se refusent les parens.

Le 6 mai, M. Ballu fils, docteur-médecin, de Melun; et M. Mérillot, officier de santé au Châtelet, voient occasionellement cette malade avec moi. Je leur fais partager mon avis, tant sur la nature de l'affection que sur l'opération qui, suivant ma conviction, doit être l'ancre de salut de cette jeune femme, à laquelle nous ne donnons pas huit jours à vivre. L'un d'eux, M. Mérillot, demande de traverser la poche, après l'évacuation du liquide, par une bandelette effilée de linge, comme pour établir un séton. Ce moyen est adopté en tant que les circonstances l'exigeront et le permettront.

Le 7, la nuit a été fort agitée; les tiraillemens des aînes ont été plus considérables; picotemens dans les cuisses; quelque peu de sang aux parties génitales; le ventre semble moins volumineux. Apparition de taches rouges sur le front, les bras, etc.; bouffées de chaleur à la figure; épistaxis légère; douleur à la gorge; soif vive; pouls développé (bains de pieds, sangsues à la vulve, frictions sèches aux cuisses, etc., dans le but de déterminer une espèce de révulsion).

Les 9, 10, l'abdomen a pris plus d'accroissement. On remarque une très forte rénitence des parois de la tumeur, dont le bord de la circonférence, qui s'étend dans le côté gauche, annonce bien l'existence d'un corps sphérique, mais qui aurait pu faire croire celui-ci opaque, si la fluctuation n'était venue encore à notre secours pour lever tout doute à cet égard.

Le 11, je me fais assister de mes confrères Ballu fils et Mérillot. Nous convenons que la paracentèse va être à l'instant pratiquée. Quel en sera le lieu d'élection? La prudence doit nous dicter de nous laisser guider par la nature. Nous arrêtons en conséquence de faire pénétrer l'instrument par l'une ou l'autre cicatrice. L'antérieure paraît plus mince que la postérieure. C'est sur celle-ci que sera plongé un trocart à hydrocèle. Après avoir fait placer la patiente sur le bord droit de son lit et fait tendre l'abdomen, j'enfonçai mon trocart dans la tumeur sur la cicatrice antérieure. Je n'éprouvai pas une forte résistance pour traverser les doubles parois de l'abdomen et de la poche; mais je crus à l'instant avoir *labouré* un corps opaque, tel que le foie; mais bientôt je sentis que l'instrument était parvenu dans une cavité. Aussitôt retirant le poinçon, nous vîmes sortir par la canule, d'un jet rapide et continu, deux litres d'un liquide chaud, fétide, limpide, coloré et sur la fin pultacé. Nous interrompîmes plusieurs fois l'écoulement du liquide pour prévenir la syncope. Des compresses de linge et un bandage de corps composèrent notre appareil.

Le 12, l'abdomen est revenu à l'état naturel.

Le 13, il présente déjà tant soit peu d'empâtement, de flaccidité dans le lieu qu'occupait primitivement la tumeur, et la pression exercée sur cette région qui fait le creux, détermine une espèce de gargouillement. Les urines rendues fréquemment sont troubles, blanchâtres.

Le 15, météorisme; douleur à la région hépatique; forte rénitence dans l'hypogastre du côté droit; le pouls conserve toujours beaucoup de fréquence; il donne quatre-vingt-dix à cent pulsations à la minute.

(Frictions sur l'abdomen avec la teinture de digitale pourprée; laxatifs; écorce de racine de cahinça, qui ne peut pas être encore supportée.) Une once de manne provoque de fréquens vomissemens.

L'estomac est d'une susceptibilité très grande.

Le 18, apparition de taches rouges sur la fi-

gure, les bras, etc., qui se passent et se renouvellent jusqu'au 28.

Les 1, 2, 3, 4, 5 juin, volume du ventre augmenté; depuis la cessation du suintement du liquide, les souffrances sont plus vives, les plaintes sont continuelles.

Le 6, deuxième ponction au même point, un litre un quart de liquide; même caractère que le premier. Introduction d'une sonde de gomme élastique par la canule du trocart, dont le séjour doit s'opposer à la cicatrisation de l'ouverture et conséquemment favoriser l'écoulement. Cette sonde ne peut être gardée que vingt-quatre heures. En la retirant, évacuation d'un verre de liquide.

Huit jours à peine se passèrent que la tumeur avait pris déjà un accroissement considérable; mais en se portant davantage postérieurement où le palper est très douloureux et la fluctuation particulièrement sensible; elle s'avance de ce côté en pointe, disposition due à l'écartement des fibres musculaires : aussi les parois, à cet endroit, sont-elles très minces. C'est là que je dois faire une troisième ponction. Celle-ci est refusée. Nous convenons, M. Ballu et moi, d'employer la potasse caustique. Mon appareil pour l'application de cet escarrotique était préparé, lorsqu'on se décida pour la ponction, que je fis avec une forte lancette. L'incision fut aussi large que possible, et il sortit par un gros jet un litre un quart de liquide plus trouble qu'aux premières ponctions, mais toujours remarquable par sa fétidité, que je ne pus mieux comparer qu'à celle d'*un œuf couvé*. Le soulagement est instantané. Pansement avec une mèche de charpie pour rendre l'écoulement continu. Dès lors les urines sont rarement troubles. Deux jours après, l'état général de madame Ch. Fl. était déjà plus satisfaisant; elle quitte le lit, passe une partie de la journée assise dans un fauteuil; la figure a l'expression d'une personne qui revient à la santé. L'écoulement est incessant. Je noterai que les urines, troubles avant la première ponction et avant les autres, étaient claires aussitôt que l'écoulement du liquide avait lieu et lorsqu'il pouvait être entretenu; mais je n'ai pas trouvé que l'odeur de celui-ci fût urineuse.

Où doit-on placer le siége précis de cette hydropisie enkystée? Quels sont les moyens de médication qui doivent en prévenir le retour? Telles furent les deux questions dont la solution m'occupa sérieusement. Pour les laisser moins indécises, j'obtins de madame Ch. Fl. de la conduire à plusieurs notabilités chirurgicales de Paris.

Le 8 juillet, trois semaines après la troisième ponction, lorsque encore elle ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une canne et le corps courbé, je la présentai à M. le professeur Roux. Après un sérieux examen, ce savant chirurgien trouva que cette hydropisie avait occupé le sein et l'uretère du côté droit; établissant son diagnostic 1° sur les urines alternativement troubles et claires : troubles, le kyste se remplissant; claires, l'écoulement se faisant; 2° sur le lieu de la plaie fistuleuse, résultat de la dernière ponction, qui se trouve entre la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire; 3° sur l'odeur d'urine du liquide (introduire une sonde de gomme élastique dans le trajet fistuleux pour entretenir l'écoulement, y faire des injections d'eau d'orge, soutenir cette femme par des toniques, rappeler les règles par les moyens connus, telle fut la prescription de M. le professeur Roux).

Feu le célèbre Dupuytren, dont nous allâmes ensuite recueillir et l'opinion et les conseils, me dit : Je crois que la collection aqueuse a résidé dans les environs de l'ovaire. Le liquide qui suinte n'a pas l'odeur d'urine. Je n'ai d'autre avis à vous donner que l'emploi des bains de siége salés, le régime tonique, et si des injections sont faites, elles le seront avec bien de la prudence. Vous devrez entretenir l'écoulement, rappeler les menstrues par des applications répétées de sangsues à la vulve.

M. le docteur Gabriel Pelletan voit cette malade après ces deux chirurgiens. Il se range de l'opinion de M. le professeur Roux, quant au lieu qu'a occupé l'hydropisie. Il reconnaît aussi que le liquide qui suinte de la plaie fistuleuse a manifestement l'odeur d'urine (1). Ce médecin conseille un séton traversant le kyste de part en part, comme principal moyen curatif. De tous les moyens ci-dessus conseillés, madame Ch. Fl. ne voulut se soumettre qu'à l'usage d'une sonde de gomme élastique, mais elle ne put en souffrir le séjour. Je fus donc réduit à entretenir l'écoulement par des mèches de charpie le plus long-temps possible; et malgré des applications de sangsues à la vulve et à l'anus, faites tous les mois ou les deux mois, les règles n'ont reparu qu'une fois, quatre à cinq mois après la dernière ponction; mais elles ont été abondantes, et quoique le suintement ait cessé au bout de deux mois, il n'y a pas eu la moindre apparence de récidive; seulement, l'abdomen a pris et conservé un certain volume (2). Doit-on craindre une nouvelle récidive? C'est le temps qui nous en instruira. Toutefois la ponction répétée a eu ici un avantage marqué, en prévenant les progrès de la maladie et conséquemment en écartant tous les accidens qui ont menacé les jours de cette femme. Enfin, elle a eu pour effet de procurer une guérison; si elle n'est que temporaire, aura-t-elle été au moins décisive, pendant un temps plus ou moins long.

ALLAIRE.

VI. EPILEPSIE.

En accueillant dans votre estimable journal les observations éparses de vos correspondans de la province, à côté des articles si complets de vos collaborateurs constatant chaque mois le grand mouvement de la médecine de la capitale, vous avez établi entre tous les praticiens vos coabonnés, une communication dont les plus nombreux résultats sont revendiqués par la science, mais dont quelques uns peuvent, au

(1) Le voyage de Paris n'aura-t-il pas contribué par la température élevée du mois de juillet à altérer le liquide dont se trouvaient imbibés les linges qui couvraient la plaie fistuleuse?

(2) Je viens de m'assurer, avant de vous adresser ces quelques pages, que madame Vieury est enceinte de six mois environ.

besoin, refluer jusqu'à l'intérêt particulier d'un malade. En effet, si j'ai bien compris la pensée philanthropique qui, avec l'amour de la science, présida à la fondation de votre journal, ses colonnes n'ont pas été ouvertes exclusivement aux doctrines approfondies et aux faits entièrement déterminés; une place devait y être ménagée pour ces observations isolées et incomplètes, sur lesquelles une maladie étant rebelle à l'action des moyens ordinaires, le médecin pouvait, par la voie de votre publicité, établir une espèce de *consultation générale*. Cette entremise, que la grande extension de vos abonnemens rend si facile, et qu'elle peut rendre en même temps si efficace lorsqu'elle peut mettre un terme, à la fois, et à la perplexité d'un confrère et à l'affliction d'une famille, j'ai eu raison sans doute, monsieur le rédacteur, de présumer que vous ne me la refuseriez pas.

Pénétré de cette confiante persuasion, je viens vous présenter un *mémoire à consulter* sur l'état d'un jeune malade auquel je donne mes soins depuis quatre ans. Ayant déjà mis à contribution, sans succès, les avis de nos praticiens les plus distingués de nos départemens voisins et de la capitale, j'ai voulu, avant de l'abandonner, solliciter en faveur de ce jeune homme l'intérêt de vos savans collaborateurs, et de ceux d'entre mes nombreux confrères et coabonnés à votre feuille, qui, ayant observé la même maladie, voudront bien, je l'espère, ne pas me refuser, par la même voie de votre journal, le secours de leur expérience (1).

L'indication du nom seul de la maladie de laquelle j'ai à vous entretenir (l'épilepsie) me dispenserait de décrire les circonstances et les symptômes communs qu'elle présente sur le sujet de mon observation, et alors je n'aurais qu'à demander les différentes espèces de traitement qui ont obtenu, dans des cas semblables, des résultats plus ou moins heureux, sauf ensuite à tenir compte des modifications que peuvent demander les conditions particulières de mon malade; mais l'intérêt affectueux qui m'attache à lui et à sa famille me fait un devoir de n'épargner aucun détail commémoratif, capable d'éclairer la double appréciation des causes qui ont pu développer et entretenir jusqu'aujourd'hui cette affection, une de celles dont l'anatomie pathologique n'a pu encore déterminer la nature, et des indications particulières du traitement spécifique dont les moyens si variés appartiennent à l'empirisme plutôt qu'à la thérapeutique raisonnée.

Édouard G...., âgé de quinze ans, est doué d'une complexion moyenne, d'un tempérament nerveux, d'une santé bonne d'ailleurs, et d'une humeur actuellement très douce, après avoir été très irritable durant sa première enfance; ses formes extérieures sont bien proportionnées, et la configuration du crâne est parfaitement régulière; sa physionomie est douce, délicate, attentive; ses facultés intellectuelles ont acquis graduellement le développement le plus heureux; il exécute avec adresse plusieurs travaux d'agrément, et son esprit ne se rebute que d'une occupation longue et trop sérieuse. — Son père jouit d'une constitution robuste; sa mère ne supplée à la délicatesse de la sienne que par un régime assidu. Durant les derniers mois de sa grossesse d'Edouard, une querelle entre son mari et un voisin lui fit éprouver une vive frayeur. Elle avait perdu, quelque temps auparavant, une petite fille de deux ans, par suite de convulsions que l'on crut provoquées par les vers. Son fils aîné, âgé de vingt-un ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, a éprouvé jusqu'à vingt-un ans sept ou huit attaques convulsives qui ont cessé d'elles-mêmes. Enfin un beau-frère de madame G.... était atteint d'une affection épileptiforme accidentelle. Mais, durant sa grossesse d'Edouard, sa mère n'a éprouvé aucune impression qui se rapportât à la maladie de ce parent habitant, d'ailleurs, une ville éloignée.

Edouard fut pris, à sept mois, de vomissemens que l'on attribua à l'action du mauvais lait de sa nourrice, et qui persistèrent pendant le premier travail de la dentition. A dix-huit mois se déclara le premier accès de l'affection nerveuse, dont le caractère est incontestable aujourd'hui, mais sur laquelle plusieurs médecins, consultés à différentes reprises, restèrent long-temps incertains. Les attaques, qui au début se renouvelèrent de cinq à trente fois par jour, furent combattues jusqu'à cinq ans par les vermifuges, qui n'expulsèrent que cinq lombrics, et sans soulagement. Les antiphlogistiques n'eurent pas de résultats plus heureux; les opiacés produisirent quelquefois une diminution momentanée des accidens. Enfin le docteur Lavort, de Clermont-Ferrand, consulté à la sixième année de la maladie, conseilla, sans se prononcer d'ailleurs sur son caractère, de s'abstenir de toute médication. Pendant les quatre années suivantes que cet avis d'inaction fut observé, les attaques n'augmentèrent pas, et la constitution générale suivit un progrès régulier, à l'exception toutefois des organes génitaux et des secondes dents, qui sont demeurés également en retard presque jusqu'à présent. En effet, ce n'est que depuis peu que le pénis offre quelques signes de développement dans ses formes restées stationnaires pendant près de dix ans; ce n'est aussi que depuis la même époque qu'ont poussé les premières grosses molaires. Les dents infantiles, dont l'éruption avait été très active à trois ans, n'ont guère commencé à s'ébranler que de onze à douze, et c'est à ces deux époques, bien que le travail des deux dentitions n'ait pas produit d'effet local violent, qu'a été remarquée une exacerbation caractérisée d'ailleurs et toujours par des symptômes qui peuvent se diviser en deux degrés :

1° Ordinairement le malade éprouve une espèce de resserrement autour de l'ombilic, et tout le corps en même temps est frappé de stupeur; les extrémités se refroidissent; le facies pâlit; les yeux restent ouverts et immobiles; quelques mouvemens irréguliers de déglutition s'opèrent; la peau est froide, le pouls lent et petit. L'invasion de ces symptômes est soudaine ou bien annoncée par une sensation que

(1) Nous nous empressons de publier l'intéressant mémoire à consulter du docteur Jacob, et de transmettre son appel à nos confrères-souscripteurs. Nous aurons soin de résumer les réponses qui y seront faites, tant dans l'intérêt du malade de M. Jacob, que dans celui de tous les malades du même genre. (*N. D. R.*)

le malade ne sait définir, et d'après laquelle il pousse un gémissement d'effroi, et cherche, avec des mouvemens automatiques, une position plus commode ou plus sûre. Pendant cette crise, qui dure de une à dix minutes, l'intelligence et le mouvement sont anéantis, et ce n'est même que plusieurs instans après l'attaque que le corps et l'esprit reprennent leur première activité.— Cet ensemble de phénomènes, qu'Edouard appelle *ses coliques*, à cause du siége de la douleur (l'*aura*), fixé toujours auprès de l'ombilic, se renouvelle plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ou est séparé par plusieurs jours d'intermittence.

2° D'autres fois, à ce premier degré qui constitue le *vertige épileptique*, succède la période convulsive qui constitue les *grandes attaques*. Aux yeux de madame G...., qu'une triste et tendre sollicitude attache jour et nuit à la surveillance de son enfant, l'invasion de ces attaques est annoncée d'ordinaire, un ou deux jours d'avance, par une certaine altération dans son caractère et dans sa figure. A la suite des symptômes précités, la perte de connaissance et de sentiment devient complète ; le malade pousse des cris, et fait des mouvemens de résistance ; le facies devient rouge, quelquefois livide, et bientôt les convulsions envahissent tout le système musculaire d'un seul ou des deux côtés ; à travers les paupières entr'ouvertes, le globe de l'œil roule ou se fixe ; les pupilles sont dilatées ; l'écume sort de la bouche, qui répand une odeur fétide ; la respiration est courte et stertoreuse, les battemens du cœur forts et tumultueux, la peau chaude et halitueuse, le pouls vif et irrégulier. (La flexion du pouce dans la paume de la main n'a jamais été remarquée.) — Cette scène dure quelques minutes seulement, ou un quart à trois quarts d'heure, et alors avec des paroxysmes ; mais lorsque la raideur convulsive a cessé, une agitation générale persiste encore, durant laquelle le malade, poussant des cris inarticulés, se roule continuellement sur lui-même ; enfin la prostration des forces générales amène un assoupissement de plusieurs heures, au réveil duquel la tête est pesante, et tout le corps brisé de lassitude ; le facies reste pâle, la langue blanche, et l'appétit diminué pendant quelques jours. Ces attaques ne se reproduisent qu'une fois tous les trente à quarante jours ; elles sont d'autant plus intenses, plus longues et plus rapprochées ensuite qu'elles ont été antérieurement séparées par un plus long intervalle.

Durant la première année qu'Edouard fut confié à mes soins, *en* 1832, j'essayai les plus simples des différens modes de traitement généralement préconisés contre l'épilepsie. Ainsi (dans l'intervalle des attaques) je prescrivis un régime doux, et j'employai tour à tour les saignées générale et locale, les bains tièdes, les fomentations et lavemens laudanisés, les boissons calmantes, la valériane sous différentes formes, un vésicatoire volant simple, et un autre, saupoudré d'acétate de morphine, sur le siége de l'*aura;* enfin les purgatifs doux. Aucun de ces moyens continués assez longtemps, et remplacés à d'assez grandes distances, ne produisit d'effet sensible. — (Au moment de l'invasion du vertige, comme pendant les attaques), j'employai aussi infructueusement les inspirations d'éther et de sel d'ammoniaque, qui ne faisaient que gêner le malade, d'après le souvenir vague qu'il en conservait. Enfin des affusions froides sur la tête, et la position horizontale sur un matelas, aux bords duquel étaient placées des personnes pour l'empêcher de tomber, tels étaient les seuls moyens que j'opposais (durant les convulsions).

En janvier 1833, d'après l'ordonnance du docteur Viricel, de Lyon, où j'allai moi-même lui présenter Edouard, nous nous fixâmes sur un traitement conforme, presque dans tous les détails, à un second avis du docteur Lavort, savoir : (régime doux et uniforme ; — lavemens fréquens de valériane ; — pilules de nitrate d'argent, etc.).—Cette médication, commencée le 4 mars, fut exactement continuée jusque fin août, et jour par jour furent notés ses résultats appréciables qui, en définitive, ne furent pas satisfaisans. La famille G.... se découragea, et la température extrême de la saison m'engagea moi-même à approuver, au moins jusqu'à un temps plus convenable, la suspension du nitrate d'argent, qui, administré graduellement jusqu'à neuf pilules de deux grains par jour, ne produisit, du reste, que des symptômes légers de cyanose aux ongles et à la langue, et d'irritation gastro-intestinale.

Fin octobre suivant, voulant en dernier recours appeler à notre aide un praticien qui s'occupât spécialement des maladies de l'enfance, je m'adressai au docteur Guersent, que j'avais eu l'avantage de connaître à l'hôpital des Enfans malades, et qui nous conseilla, comme base d'un nouveau traitement, l'application successive de plusieurs cautères sur chaque côté du rachis, à partir de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la dernière lombaire, et desquels cautères quatre devaient toujours suppurer à la fois.

Nous nous conformâmes ponctuellement, depuis le 1er *juin* 1834 jusque *fin octobre*, à cette dernière ordonnance dont la même inefficacité justifia encore le même découragement de la famille d'Edouard. Dès lors ce malade, digne d'un intérêt tout spécial par sa docilité, par son courage et par sa résignation inépuisables, a été abandonné à la volonté de la nature, soumis seulement à un régime doux, mais un peu plus substantiel, et heureusement les accidens n'ont été ni plus fréquens ni plus intenses qu'autrefois. Du reste les agens extérieurs, auxquels le vulgaire rapporte une influence si importante sur ces sortes de maladies, n'ont jamais exercé une action appréciable sur le rapprochement et la violence des paroxysmes.

Les recettes des charlatans et des commères n'ayant jamais obtenu créance auprès des parens d'Edouard, nous reportions notre dernière confiance sur l'effet d'une crise favorable que la puberté pouvait déterminer dans la constitution du sujet, lorsque nous fut dernièrement communiquée une note sur le traitement de l'épilepsie par l'*indigo*, avec lequel le docteur Ideler, de Berlin, assure avoir guéri plusieurs malades. Je dus partager l'empressement de la famille G.... à vouloir remplacer notre inaction par l'essai de ce dernier expédient, dont la théorie me parut satisfaisante.

si l'authenticité des résultats pouvait permettre quelque doute. M. Ideler emploie l'indigo, à doses fractionnées, de deux à huit gros par jour, et ce médicament, qui détermine des vomituritions fréquentes, et même la diarrhée, agit sans doute (comme l'ipécacuanha opposé également avec succès contre la même maladie par un médecin italien, le docteur Ferrara), en produisant une révulsion favorable, dont l'essai pouvait être tenté avec d'autant plus de confiance que ces deux substances, convenablement administrées, n'exposent pas à léser le tube digestif aussi violemment que le nitrate d'argent, duquel néanmoins Edouard a supporté impunément l'usage : mais n'ayant jamais éprouvé ni même connu les propriétés médicamenteuses de l'indigo, j'ai cru devoir m'éclairer préalablement de l'opinion de ceux qui l'ont employé, ou, si ce remède était encore ignoré, contre mon attente, par ceux à qui je m'adresse, peut-être pourraient-ils me communiquer plutôt le résultat de leur expérience sur la méthode de M. Ferrara, à laquelle je me sens porté à donner plus de confiance.

A ces trop longs détails j'ajouterai quelques mots sur des circonstances déjà citées, dans lesquelles je ne prétends pas établir un rapport de causalité avec une maladie dont la nature intime est ignorée, mais dont l'examen, approfondi par un esprit plus éclairé, fera ressortir peut-être des considérations utiles. — Quelque rares et même quelque généralement contestées que soient les épilepsies dites *sympathiques*, d'un côté, l'absence presque complète des causes ordinaires sous l'influence desquelles se développe l'épilepsie *idiopathique*; et d'un autre côté, la date de l'explosion de la première attaque, qui n'a eu lieu qu'à dix-huit mois, et la coïncidence de la première attaque et des suivantes jusqu'à ce jour, avec le travail irrégulier des deux dentitions, ne laissent-ils pas quelque doute sur le diagnostic de l'épilepsie qui nous occupe, et à laquelle nous reconnaîtrons d'ailleurs le caractère *rachidien*. En effet, s'il est incontestable que le travail de l'éruption dentaire s'accompagne souvent d'une surexcitation nerveuse qui doit être d'autant plus vive que cette éruption est plus irrégulière, et la constitution du sujet plus irritable, je n'oserai prétendre que, sur Edouard, les dentitions aient pu expliquer seules tous les accidens, mais du moins m'accordera-t-on que cette cause a dû concourir au développement et à l'entretien de la maladie jusqu'à ce jour. Dans cette hypothèse, il sera permis d'espérer que la cessation plus ou moins prochaine du travail des secondes dents devra favoriser l'effet d'un nouveau traitement spécifique, si on ne peut espérer de cette seule influence la guérison complète. Néanmoins l'incertitude du raisonnement dans des cas de médecine si obscurs, m'a déjà déterminé à commencer, dès le printemps, l'une ou l'autre, et peut-être même successivement les deux traitemens par l'indigo et par l'ipécacuanha. Aussi, monsieur le rédacteur, réclamé-je de votre généreuse bienveillance la plus prochaine publication de cette observation, afin que je puisse recevoir à temps les conseils que j'ai sollicités.

JACOB, D. M. P.

VII. MAISONS DE SANTÉ D'ALIÉNÉS.

Au Rédacteur.

Vous m'avez permis de rendre compte dans votre journal du voyage que j'ai fait récemment dans l'Ouest de la France, pour visiter quelques hôpitaux d'aliénés. Bien que je ne veuille user qu'avec beaucoup de réserve de votre complaisance, et que par conséquent ce petit travail soit fort incomplet, il ne laissera pas, je l'espère, d'avoir son utilité, à une époque surtout où le sort des infortunés privés de la raison semble éveiller plus puissamment que jamais la sollicitude du gouvernement et des administrations locales. Déjà dans un certain nombre de départemens, on a transféré ces malheureux des prisons où ils gémissaient dans des établissemens spéciaux, plus ou moins appropriés aux exigences de leur position. Mais, il faut bien le dire, le zèle n'a pas été partout dirigé par la science, et si le psychiatre visite avec un plaisir mêlé d'admiration l'asile des aliénés de la Sarthe, celui de Nantes, celui de la Seine-Inférieure, etc., ailleurs il éprouve tout à la fois le chagrin de voir des centaines de mille francs converties en masses de pierre, dans lesquelles on a éludé, comme à dessein, une foule de conditions indispensables qu'on eût réunies avec beaucoup moins de frais, et la douleur de penser que les esprits faux ou superficiels ne manqueront pas d'arguer du peu d'avantages qu'on retirera de ces maisons, pour dire hautement que l'érection d'un hôpital d'aliénés est une dépense sans résultat. Les règles qui doivent présider à ce genre de construction ne sont point assez popularisées ; on dédaigne de lire ce qu'ont écrit nos maîtres ; on est paresseux d'aller voir ce qu'ont exécuté nos contemporains. Il faut arracher à cette inconcevable apathie les médecins, les administrateurs et les architectes ; il faut leur persuader que si faire est bien, bien faire est encore mieux ; et aucune publication ne me paraît plus propre que la vôtre à atteindre un but si désirable.

Je commence par la maison de santé de M. Esquirol, parce qu'elle présente, dans toute sa perfection, le type sur lequel a été calqué presque tout ce que j'ai vu de bien dans les établissemens que je viens de visiter, et parce que les détails qu'elle renferme ne sont point aussi connus de nos confrères que les travaux scientifiques de son fondateur.

Maison de santé de M. Esquirol. — Elle est située au nord du village d'Ivry, à peu de distance de la Seine ; elle se compose de plusieurs constructions isolées, semées dans un immense parc, dont la surface, généralement unie, est accidentée çà et là par quelques mouvemens artificiels de terrain disposés avec art de manière à procurer aux malades la vue de la plaine et des coteaux voisins sans nuire à la surveillance qui s'exerce continuellement sur eux.

A gauche, en entrant dans le parc, derrière la maisonnette occupée par le concierge, se trouve une ferme qui fournit abondamment le

laitage et la volaille qui servent à la consommation de l'établissement. Plus loin est l'habitation des dames tranquilles; plus loin encore celle des hommes tranquilles. Ce sont deux jolies maisons de plaisance, contenant chacune plusieurs appartemens distincts, une salle à manger commune et un salon de compagnie, ayant chacune leurs jardins, leurs ombrages, leurs cabinets de repos et autres dépendances.

Au centre du parc, est situé un troisième bâtiment, auquel on arrive par un charmant jardin anglais qui longe les clôtures des deux sections que je viens d'indiquer. C'est là qu'habite, avec sa famille, le médecin ordinaire de l'établissement, M. le docteur Mitivié. Plusieurs malades, qui ont besoin d'une surveillance plus immédiate, y sont logés auprès de lui; le rez-de-chaussée est occupé par un vaste salon de réunion, par une salle à manger, par une salle de billard, etc. Entre cet édifice et les deux précédens, et également à portée de tous trois, se trouve la cuisine générale dérobée aux regards par des massifs d'arbres.

Jusqu'ici, la maison de santé de M. Esquirol n'offre rien, du moins à l'extérieur, qui la distingue des habitations ordinaires de la classe opulente de la société. Chaque pensionnaire est chez lui, comme le seraient, à la campagne, les hôtes d'un homme riche, libre de choisir à chaque instant entre la solitude et la compagnie, entre le travail et la conversation, entre le repos et la promenade, soit dans le jardin de sa section, soit dans le parc, soit même au dehors, si cette liberté est jugée utile et sans danger pour lui; en un mot, jouissant de toute l'indépendance que comporte son état, et soumis néanmoins à une surveillance aussi assidue que sagement mesurée.

Mais c'est surtout dans la partie de l'établissement réservée aux malades agités des deux sexes, que M. Esquirol a élevé à la science un monument qu'on ne saurait trop étudier. Ici, tout est neuf, tout a été construit exprès pour des aliénés; les détails les plus insignifians en apparence y forment une partie indispensable de l'ensemble, admirable résultat de vingt-cinq ans d'expérience et d'observation, et d'énormes sacrifices, dont la compensation ne peut exister que dans l'intime conviction d'avoir rendu un immense service à l'humanité.

Vers l'extrémité septentrionale du parc, et à une assez grande distance du quartier des malades tranquilles, s'élèvent, à quarante pieds environ l'un de l'autre, deux bâtimens de quarante mètres de longueur, et formant avec le corps de logis central qui les réunit une façade de plus de deux cent cinquante pieds de développement. Les deux ailes de l'édifice destinées, l'une aux hommes, l'autre aux femmes, sont parfaitement semblables; elles consistent en un simple rez-de-chaussée convenablement élevé au dessus du sol, et se composent: 1° d'un salon de compagnie, placé au milieu de l'aile; 2° de dix chambres de pensionnaires, cinq à droite du salon et cinq à gauche; 3° d'un corridor qui s'étend sur toute la longueur du bâtiment, donne accès au salon et aux chambres des malades, et se termine à chacune de ses extrémités par un cabinet de domestique. Ce corridor est interrompu au centre, derrière le salon et entre les deux portes qui y conduisent, par une petite pièce qui peut servir d'office ou de logement pour un surveillant. Il s'ouvre au nord par deux portes et huit croisées sur une cour de quatre-vingt-dix pieds de long et de vingt de large, plantée d'arbres, divisée en carrés de gazon, fermée au nord par un mur élevé, à l'est et à l'ouest par une galerie couverte. C'est là qu'on place les aliénés que leur excès d'agitation force d'isoler momentanément. Les croisées des chambres et la porte extérieure du salon sont tournées au sud sur une enceinte carrée de cent dix pieds de côté, plantée d'arbres, ornée de parterres et de compartimens de gazon, fermée au midi par une grille élégante, de quatre-vingts pieds de longueur, qui permet aux malades de jouir de la vue du parc, et entourée d'une galerie couverte, de neuf pieds de largeur, que forme un toit léger posé sur de gracieuses colonnettes, et qu'exhausse au dessus du terrain découvert un talus en pente douce qui règne dans tout son pourtour. A chaque extrémité de la grille existe un pavillon, communiquant d'un côté avec la galerie, de l'autre avec le parc, et composé d'un petit salon, d'une chambre de pensionnaire, et d'un cabinet de domestique.

Entre le promenoir des hommes et celui des dames, une allée qui serpente à travers des gazons et des massifs de verdure, conduit au corps de logis central, où se trouvent: 1° au rez-de-chaussée, les cabinets de bains des deux sexes, séparés par un large passage qui conduit à un second parc, situé derrière la division; 2° au premier étage, le laboratoire des bains, la lingerie, les logemens du premier surveillant et de la première surveillante, dominant sur toute la division et sur son petit parc, d'où les promeneurs découvrent la campagne, soit du haut des monticules, soit par dessus un large saut de loup qui fait face au charmant village de Conflans.

Tel est l'ensemble de la maison de santé de M. Esquirol; voici les principaux reproches qu'on a faits à la disposition générale qu'elle présente.

1° La cuisine est à une certaine distance des habitations, surtout de celles des malades agités. Cet inconvénient serait grave dans un établissement public, où il est si important d'économiser le temps et la dépense, et où le nombre des infirmiers est toujours petit comparativement à celui des malades. Aussi est-il de règle que l'on puisse communiquer par des passages couverts et le plus directs que possible de la cuisine à tous les réfectoires, pour que le service se fasse avec promptitude et régularité, que les alimens ne se refroidissent pas trop en route, etc. L'on peut être moins exigeant pour une maison de santé particulière, où le nombre des domestiques est égal ou même supérieur à celui des pensionnaires, et où il est si facile de placer un réchaud au fond du panier qui sert à transporter les mets. D'ailleurs l'éloignement des diverses sections assure l'indépendance et la tranquillité de chacune d'elles, permet de donner plus d'étendue et de variété aux pro-

menoirs, et sauve aux malades l'aspect d'hôpital qu'aurait peut-être une masse symétrique de bâtimens.

2° La division des malades agités regarde le sud et le nord; l'exposition à l'est et à l'ouest serait préférable. Mais l'on remarquera que si les portes des chambres s'ouvrent au nord, c'est sur un corridor fermé, abrité lui-même par un mur, situé à vingt pieds en arrière, qui lui renvoie la chaleur du soleil; et que, si les croisées sont tournées au midi, elles sont garnies de persiennes; et de plus, la galerie couverte qui règne au devant d'elles est un abri d'autant plus efficace contre l'ardeur du soleil, que cet astre est plus élevé. En hiver, le cercle qu'il décrit étant très oblique, ses rayons pénètrent jusque dans les chambres. On peut ajouter que l'exposition est d'une tout autre importance pour des salles destinées à contenir un grand nombre d'individus que pour des habitations consacrées à une seule personne, et qui réunissent d'ailleurs tout ce qu'il y a de salubre et même de confortable.

3° La galerie qui passe au devant des chambres les rend obscures. Cette assertion est inexacte; l'on s'en convaincra en réfléchissant que le toit de ces galeries est élevé de douze pieds au dessus du sol, que les colonnettes qui le supportent, placées à neuf pieds de distance les unes des autres, ont à peine huit à dix pouces de diamètre, et que chaque pièce, de neuf pieds sur douze, est éclairée par une croisée de quatre pieds sur huit, ouverte précisément au centre des entrecolonnemens. Le reproche serait mieux fondé si la galerie était formée par des arceaux de cloître, comme cela a lieu au Mans.

L'établissement d'Ivry présente dans ses détails diverses particularités du plus haut intérêt, je me bornerai à les énumérer rapidement.

Clôtures. — La presque totalité du parc est fermée par des murs de dix pieds de haut, non garnis d'espaliers qui pourraient favoriser des tentatives d'évasion ou même en faire naître l'idée. Le saut de loup qui clôt une partie du petit parc des malades agités a dix ou douze pieds de profondeur. Du côté extérieur une forte maçonnerie soutient les terres; du côté intérieur, un talus en pente douce permet de descendre sans danger jusqu'au fond du fossé. Ce genre de clôture procure aux malades la vue de la campagne, et, dans l'éloignement, de la nouvelle route de Paris à Charenton. Pour qu'il n'ait pas l'inconvénient de les exposer aux regards des curieux, on a entouré d'un fossé et d'une haie le terrain situé au delà du saut de loup. Dans les promenoirs intérieurs des malades agités, le toit de la galerie porte d'un côté sur le mur ou sur la grille de clôture; de l'autre, il déborde de deux pieds le rang de piliers qui le supportent. Aucune partie de l'établissement n'est mieux close.

Extérieur des bâtimens. — Il est de la plus grande simplicité, une propreté coquette en fait le seul ornement. Les murs sont parfaitement unis, et ne présentent aucun relief qui puisse servir aux aliénés à se hisser à une certaine hauteur. Les portes et fenêtres sont parfaitement semblables, pour les dimensions, à celles qu'on voit dans les maisons bourgeoises bien construites; elles laissent entrer à flots l'air et la lumière; aucune n'est garnie de barreaux ni de grilles; ils seraient inutiles au rez-de-chaussée, et des persiennes qu'on rend mobiles ou qu'on fixe à volonté les remplacent avec avantage.

Dispositions intérieures. — J'ai dit que la division des aliénés tranquilles est distribuée comme le sont d'ordinaire les maisons des gens riches; seulement, les cabinets de domestiques y sont entremêlés sans affectation avec les chambres de pensionnaires. Dans la division des malades agités, le corridor qui va d'un bout à l'autre de chaque bâtiment ouvre une communication directe et facile dans toutes les chambres et rend la surveillance on ne peut plus aisée. Le peu d'élévation des croisées du côté du promenoir produit le même résultat: un seul gardien pourrait au besoin, en circulant dans la galerie, surveiller à la fois les aliénés qui se promènent, ceux qui se réunissent au salon, et ceux qui restent chez eux. Aucun escalier ne favorise les chutes volontaires ou involontaires. Toutes les chambres sont parquetées, plafonnées, ornées d'un papier d'une couleur gaie, le plus souvent uni, parce que certains malades fatiguent leur attention et leurs yeux à considérer les dessins du papier, et finissent quelquefois par s'halluciner véritablement. Dans quelques unes des madriers parfaitement joints tapissent les murs, en préviennent la dégradation, et rendent moins dangereux les coups que le malade pourrait se donner. Dans toutes la porte et la fenêtre occupent le centre de deux parois opposées, ce qui facilite le renouvellement de l'air, et l'égale répartition de la lumière. Les cheminées sont aussi placées au centre d'une paroi; elles sont petites, à coins arrondis, et fermées par un grillage monté sur un cadre de tringles en fer. Le salon est chauffé par un poêle en briques vernies; on y entre par trois portes, l'une sur la galerie, les deux autres sur le corridor; leur largeur, ainsi que celle du corridor et de la galerie, permet aux aliénés de circuler sans se coudoyer, sans être obligés de se céder réciproquement le pas; et un abord prompt et facile est toujours ouvert aux surveillans, de quelque côté qu'ils se trouvent.

Fermetures. — Toutes les portes de la division sont pleines, parfaitement lisses, sans verroux, épaisses d'environ deux pouces, s'ouvrant en dehors, et munies d'une serrure à pêne courant, uniforme pour toute la maison, cachée dans l'épaisseur du bois, laquelle n'offre aucune saillie ni à l'intérieur ni à l'extérieur. La clef est courte, forcée, et porte, au lieu de dents, deux fortes verrues, opposées l'une à l'autre, qui saisissent le pêne et le font marcher. Cette clef unique ouvre toutes les portes de l'établissement, celles même des poêles, les persiennes, les grillages des cheminées, etc. Le mécanisme de la serrure, fort simple, est peu sujet à se déranger; l'étroitesse de l'entrée ne permet point aux aliénés d'y introduire des ordures; et son ubiquité (passez-moi le mot) dispense les surveillans du trousseau de clefs dont tout le monde sent les inconvéniens. Les ventaux des croisées se ferment au moyen d'une

tringle en fer, cachée dans l'un des montans et que la même clef fait mouvoir. Les persiennes sont à deux ventaux, glissant sur des coulisses au lieu de tourner sur des gonds, et se fixant l'un à l'autre quand ils sont fermés, à l'encadrement des coulisses quand ils sont ouverts, toujours à l'aide de la même clef, ce qui empêche les aliénés qui se promènent dans la galerie de tourmenter ceux qui restent dans leurs chambres en ouvrant et fermant leurs volets.

Mobilier. — Il varie nécessairement suivant le degré de tranquillité des pensionnaires ; en général les angles en sont arrondis. Le salon des malades agités est garni de chaises et de fauteuils, et de petites tables carrées sur lesquelles les plus turbulens mangent isolément, quoique servis, autant que possible, à des heures régulières.

Bains. — Deux cabinets de bains, dont un est totalement revêtu en marbre, sont annexés aux deux sections du quartier des malades agités ; tout auprès sont des vestiaires. Ces cabinets contiennent chacun deux baignoires, en cuivre étamé, aussi larges aux pieds qu'à la tête, et dont les bords ont la même hauteur dans tout leur pourtour. Elles sont couvertes, dans la moitié de leur longueur, d'une plaque mobile, en métal, qui se fixe au moyen de quatre boulons recourbés, lesquels s'engagent dans des gâches soudées sur les côtés de la baignoire, et y sont retenus par des clavettes attachées à une chaînette de fer. Cette plaque présente, vers le haut de la baignoire, une échancrure garnie d'un ourlet épais et arrondi dans laquelle est pris le cou du baigneur qui se trouve maintenu de la sorte sans courir le risque d'être blessé.

La baignoire est enclavée dans les dalles du pavé. Le conduit de l'eau froide et celui de l'eau chaude, accotés l'un à l'autre dans un angle du cabinet, descendent l'un du réservoir, l'autre de la chaudière, situés au premier étage. Ils s'engagent sous le pavé, marchent dans une gargouille couverte par les dalles, puis se réunissent en un seul tuyau qui, en se recourbant, pénètre dans la baignoire par le fond. Près du point de réunion, ces deux conduits sont armés chacun d'une soupape, dont la tige à quatre arêtes monte perpendiculairement jusqu'au niveau du sol par un trou pratiqué dans une dalle, et se tourne à l'aide d'une clef forcée, dite *carré*. L'orifice par lequel l'eau entre dans la baignoire est garni d'un champignon que le flot soulève et qui retombe par son propre poids. Celui par lequel elle s'échappe est bouché par une soupape à bascule dont le levier aboutit à une espèce de targette placée au pied de la baignoire. En abaissant la targette, on lève la soupape et l'eau s'écoule dans la gargouille destinée à la recevoir. Ainsi, le baigneur ne peut déranger l'ajutage; ses talons, en se promenant sur le fond de la baignoire, trouvent une surface unie sur laquelle ils n'ont point de prise.

Douches. — Précisément au dessus de la tête du baigneur, on voit au plafond une ouverture circulaire garnie d'une grille en métal, semblable à une écumoire. Cette grille est le fond d'une caisse placée au premier étage, divisée en deux chambres, l'une supérieure, l'autre inférieure, par un diaphragme horizontal, percé au centre d'un trou que ferme un champignon. Un fil de fer attache ce champignon à l'un des bouts d'un levier à l'autre extrémité duquel part un second fil de fer qui traverse le plafond, descend, enfermé dans une gaîne, le long du mur du cabinet de bains, et se termine par un bouton ou par un anneau. Quand la chambre supérieure de la caisse est pleine d'eau, si l'on tire le bouton ou l'anneau, le champignon s'élève, l'eau se précipite dans la chambre inférieure, et tombe en pluie à travers le fond criblé de trous. C'est la *douche en arrosoir*. M. Esquirol fait peu d'usage de la *douche en masse*, qui ne diffère de la précédente que par la suppression de la plaque cribliforme. Enfin, pour la *douche latérale* (en seringue), un long tuyau de cuir descend du réservoir, et se termine inférieurement par un ajutage en cuivre orné d'un robinet.

Bains de vapeur. — Auprès des cabinets de bains, M. Esquirol a fait construire un magnifique appareil de bains de vapeur, d'après le système de M. le docteur Boulland.

Je m'arrête là, mon cher collaborateur ; si vous ne trouvez pas que j'aie usé trop sans façon de votre bienveillance et de celle de vos lecteurs, je vous parlerai prochainement des hôpitaux d'aliénés de Rouen, de Caen, de Rennes, du Mans et de Nantes.

CHAMBEYRON, D. M. P.
Médecin en chef de la maison d'aliénés de la ville de Rennes,

---

Au Rédacteur.

Je reçois communication de votre numéro (1) du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, dans lequel vous avez publié mon mémoire sur le traitement des maladies de la peau. J'y vois avec une peine extrême que, par erreur, on a imprimé les noms des personnes qui font l'objet des obervations que j'ai citées. Ces noms, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire et comme je crois vous l'avoir écrit, n'étaient nullement destinés à la publicité. Ils n'avaient été inscrits en marge du manuscrit, adressé d'abord à l'Académie des sciences, que pour faciliter, aux commissaires désignés par elle, la vérification des faits.

J'attends de votre justice et de votre bienveillance l'insertion de cette réclamation, sans laquelle vos lecteurs me croiraient coupable d'une indiscrétion à laquelle certains malades attachent une grande importance et que je n'ai point commise.

Agéez, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, avec mes remercîmens, la parfaite estime avec laquelle je suis,

Votre dévoué et obéissant serviteur,

A. SAVARDAN.
Docteur en médecine.

—

(1) Voyez le numéro de décembre 1835.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité des signes, des causes, et de la cure des maladies aigues et chroniques, *ouvrage d'Aretée, traduit du grec, avec un supplément et des notes, par* M. L. Renaud, *ancien médecin des hospices de Fougères et des épidémies pour l'arrondissement communal. 1 volume in-8°. Paris*, 1834.

« Aretée est peu lu; les éditions de l'original sont rares; il n'y a d'ailleurs que ceux qui sont versés dans la langue grecque qui puissent en profiter. La version latine telle qu'elle se trouve dans la collection des Princes de la Médecine, par Haller, est à la vérité plus connue et plus à la portée de bien du monde; mais cette version, qui déplaisait beaucoup à Haller lui-même, est défectueuse en beaucoup d'endroits et souvent inintelligible. » Telles sont les raisons qui ont engagé M. Renaud à consacrer ses loisirs à la traduction d'Aretée, le seul des médecins anciens, suivant l'observation de Pinel, qui mérite d'être placé à côté d'Hippocrate. Nous devons donc, avant tout, des remercîmens à M. le docteur Renaud d'avoir mis à notre portée l'œuvre d'un si grand homme. Nous ne saurions dire si cette traduction est d'une fidélité rigoureuse et parfaite jusque dans les moindres détails; car, bien entendu, nous ne l'avons point vérifiée pied à pied. Mais ce dont nous sommes sûrs, c'est qu'elle rend très bien ce que nous pouvions connaître déjà d'Aretée, qu'elle est écrite avec élégance et lucidité, et qu'elle entretient en nous le goût de la bonne médecine et de l'observation antique dont le médecin de Cappadoce nous a conservé une des plus nobles traces.

Nous trouvons dans la notice sur Aretée, dont M. Renaud a fait précéder sa traduction, quelques renseignemens que nous croyons utile d'apprendre ou de rappeler à nos lecteurs. « M. « Leclerc est le premier qui se soit aperçu, « d'après certains raisonnemens d'Aretée, que « ce médecin suivait la doctrine des pneumatiques, remarque que n'avaient faite ni Crassus « qui l'avait traduit, ni M. Petit qui l'avait « commenté. On trouve effectivement dans « Aretée plusieurs passages qui ne peuvent aisément s'entendre que d'après cette supposition. Athénée, que l'on regarde comme « l'auteur de la secte des Pneumatiques, prétendait que le feu, l'air, l'eau et la terre ne « sont pas les véritables élémens : il donnait « ce nom à ce que l'on appelle les qualités premières de ces élémens, c'est-à-dire au chaud, « à l'humide, au froid et au sec, dont le chaud « et le froid tenaient lieu, suivant lui, de « causes efficientes, et l'humide et le sec de « causes naturelles. Il ajoutait un cinquième « élément qu'il appelait esprit (*Pneuma*); il « concevait que cet esprit pénètre tous les « corps et les conserve dans leur état naturel, « sentiment qu'il avait adopté des Stoïciens. « Appliquant ce système à la médecine, il voulait que la plupart des maladies vinssent lorsque cet esprit ou souffle recevait le premier « quelque atteinte. Plusieurs passages d'Aretée « paraissent assez conformes à cette doctrine... « La céphalée, par exemple, a pour cause le « sec et le froid réunis ensemble; le vertige, « le froid joint à l'humide; de même que l'épilepsie, la mélancolie proviennent de la « sécheresse; la passion cœliaque du refroidissement de l'estomac; l'éléphanthiase, « du froid extrême. Il paraît aussi supposer, « comme Athénée, un cinquième élément auquel il attribue, lorsqu'il s'altère, la cause de « plusieurs maladies : dans la seconde espèce « d'esquinancie, par exemple, le mal provient, « suivant Aretée, d'un vice de l'esprit ou souffle, « qui, par un mauvais changement, devient « très chaud et très sec, sans qu'il y ait aucune inflammation dans la gorge. » (Page 13, 14 et 15.)

Voilà pour la partie systématique d'Aretée. Quant à la partie réellement médicale et réellement belle, elle resplendit et tient l'autre comme cachée dans l'ombre. Tous ceux qui ont lu dans cet auteur remarquable (qui vivait peut-être dans le premier siècle de notre ère, et dont les connaissances anatomiques devaient être à peu près nulles) les descriptions de l'angine, de l'épilepsie, de la phthisie, de la phrénésie, tous ceux-là conviendront qu'il y a beaucoup à étudier dans ce livre. Il est incroyable à quelle symptomatologie précise le médecin de Cappadoce a pu s'élever, de son temps, pour certaines maladies, comme l'inflammation de la veine-cave, qu'il appelle *maladie aiguë de la veine-cave*. Les principes d'hygiène pathologique et de thérapeutique établis par Aretée, sans offrir toutes les ressources qu'on peut trouver de nos jours, sont le plus souvent animés de cette sagesse et de ce bon sens qui sont la base de toute médecine raisonnable et qu'il est toujours utile d'étudier aussi bien dans les livres des médecins anciens que près du lit de nos malades.

Nous croyons que la traduction d'Aretée par M. le docteur Renaud fera partie de la bibliothèque de tout médecin studieux et curieux de l'histoire de son art. G.

—

Mémoire sur l'efficacité des injections avec le nitrate d'argent cristallisé dans le traitement des écoulemens anciens et récens de l'urètre, *par* M. Serre, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.*

Placé à la tête d'un service nombreux de vénériens, c'est d'après une expérience longue et étendue que M. le professeur Serre croit devoir appeler l'attention des praticiens sur l'efficacité des injections de nitrate d'argent cristallisé dans le traitement des écoulemens anciens et récens de l'urètre. Il n'ignore point que les injections dans le canal de l'urètre ont bien souvent l'inconvénient de produire des rétrécissemens de ce canal, mais il pense que cela tient

à la nature irritante et astringente des substances habituellement employées, telles que l'extrait de saturne pur (sous-acétate de plomb liquide), l'alcool, la pierre à cautère, l'ammoniaque; il croit encore que fréquemment on a attribué aux injections ce qu'il fallait mettre sur le compte du tempérament lymphatique des malades, de l'air froid et humide, de l'usage de la bière, etc., ainsi qu'il arrive en Angleterre où les rétrécissemens de l'urètre accompagnent souvent les blénorrhagies. M. Serre s'est demandé d'ailleurs pourquoi le nitrate d'argent n'agirait pas favorablement sur la membrane muqueuse génito-urinaire, lors qu'il exerce une action si heureuse sur la conjonctive et sur la membrane pituitaire enflammées.

Il a donc expérimenté : ses expériences ont été pleines de succès, et c'est le résultat de ces expériences qu'il présente aujourd'hui dans la brochure que nous annonçons.

L'auteur fait connaître en détail le mode d'administration des injections dont il propose l'usage :

1° Il donne la préférence au nitrate d'argent cristallisé, ou azotate acide d'argent : en effet, la pierre infernale, ou l'azotate neutre, coulé à la lingotière, contient toujours une certaine partie de métal réduit par l'action du calorique, de sorte que, si on l'employait en injection, on ne connaîtrait pas avec la précision convenable la quantité de nitrate d'argent employée par rapport à celle de l'eau.

2° La proportion qui a convenu au plus grand nombre des malades a été celle d'un quart de grain de nitrate d'argent cristallisé par once d'eau distillée. La sensibilité un peu vive de quelques individus a forcé de réduire la dose à un sixième ou un huitième de grain : le canal émoussé de quelques autres l'a fait porter à un tiers de grain ou un demi-grain de nitrate d'argent cristallisé.

3° Toutes les seringues ne conviennent pas bien. Somme toute, la seringue d'os est la meilleure : encore faut-il avoir le soin de garnir le piston avec du linge ou du cuir, jamais avec du chanvre ni du coton. Viennent ensuite celles de nacre, d'écaille, d'ivoire. Les seringues d'étain et d'argent, surtout la première, ont l'inconvénient que le nitrate se combine avec le métal et s'altère.

4° M. Serre veut que le liquide injecté parcoure toute l'étendue du canal, et, pour cela, se garde de comprimer le périnée au moment de l'injection, ainsi que le conseillent quelques auteurs. La raison qu'il en donne est que le siége de l'écoulement peut se trouver en un point reculé du canal, et qu'il n'a jamais observé le moindre accident de l'emploi de cette méthode.

5° Cette pratique est sans douleur et guérit l'écoulement, la plupart du temps en quatre, cinq, six, huit jours.

6° Il faut pratiquer deux injections par jour : une le matin, une le soir.

7° M. Serre ne propose pas les injections avec le nitrate d'argent contre les écoulemens de l'urètre, sans avoir égard aux causes variées qui peuvent les produire. Il n'entend parler que de ceux qui ne proviennent d'aucun état particulier de l'économie qui exige une médication spéciale, tels que les vices syphilitique, dartreux, rhumatique, etc.

Parmi les cas d'écoulemens anciens ou récens qui ont été traités et guéris par la nouvelle méthode, dix-huit ont été choisis et sont rapportés à l'appui.

M. Serre termine sa brochure en proposant les injections de nitrate d'argent cristallisé dans la vessie contre le catarrhe de la vessie. Il pense que le nitrate d'argent ainsi administré aurait tous les mêmes avantages, avec bien plus de facilité de manœuvre, que porté dans la vessie pour en crayonner la surface, suivant la méthode de M. Lallemand.

G.

—

Fragmens d'un traité complet des maladies des voies urinaires chez l'homme, *par* J.-J. Cazenave, *de Bordeaux*; 1836. *Chez Béchet jeune, libraire.*

Ces fragmens, que M. Cazenave a détachés d'un ouvrage de longue haleine dont il s'est vu obligé de différer la publication, contiennent :

1° L'exposé de quelques unes des difficultés qu'on éprouve pour sonder les malades; 2° la description d'une sonde à obturateurs mobiles, destinée à rendre le cathétérisme plus facile, exempt de douleurs, et à trouver plus sûrement qu'avec d'autres instrumens les pierres contenues dans la vessie; — 3° la description d'un porte-caustique à mandrin articulé, propre à cautériser circulairement, et avec une très grande facilité, les portions sous-pubiennes de l'urèthre; — 4° la description d'un uréthromètre, à l'aide duquel on peut mesurer la longueur de l'urèthre avec la plus rigoureuse exactitude.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Février* 1836.)

Ce cahier renferme :

1° Mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades, par M. le professeur *Gerdy*; — 2° Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée, par M. *Marc d'Espine*; — 3° Des accidens consécutifs aux fractures; — Observations relatives aux fractures du fémur, par M. *J. Guyot*. — 4° Quelques observations de maladie de la moelle épinière et de ses membranes, de purpura hæmorrhagica et de cancer du foie, par M. *Collini*.

1° Mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades, par M. Gerdy.

Nous nous arrêterons moins à ce travail qui n'a pour objet, comme l'indique son titre, que

l'anatomie pathologique du système osseux et surtout des différentes formes de l'ostéite, que si l'étude pathologique et thérapeutique de cette espèce d'affection y était traitée avec le soin, la nouveauté et l'étendue que M. Gerdy a apportés au côté du sujet qu'il s'est plu à envisager. Donnons néanmoins le résumé de ses recherches. L'inflammation des os est beaucoup plus commune qu'on ne le pense; tantôt elle raréfie leur tissu en augmentant et agrandissant leurs ouvertures et leurs canaux vasculaires, dont elle amincit les parois par la résorption; tantôt elle en augmente la compacité par une sécrétion exagérée de substance compacte; tantôt en les raréfiant ou les condensant, elle les ulcère ou les carie (d'où l'ostéite raréfiante, l'ostéite condensante et l'ostéite ulcérante ou carie), et les esquilles nécrosées de la carie sont elles-même raréfiées, fragiles et vasculaires. L'inflammation se propageant avec rapidité d'une des parties de l'un des tissus de l'os aux autres parties du même os, l'ostéite se complique souvent de l'inflammation du périoste, qui fréquemment alors sécrète sur l'os des concrétions osseuses variées; elle se complique de l'inflammation de la moelle et de celle du tissu cellulaire qui unit les cartilages diarthrodiaux à l'os, et réciproquement le tissu osseux participe rapidement à chacune de ces inflammations quand elles se sont développées les premières.

L'ostéite se complique parfois d'hypérostose partielle ou générale, connue particulièrement sous le nom d'exostose; de formations morbides accidentelles : pus, matière fongueuse, lardacée, colloïde, tubercules, tissu érectile, kystes, etc., dont quelques unes, l'encéphaloïde, la lardacée, par exemple, peuvent s'enflammer, se ramollir, suppurer et dégénérer en cancer.

L'ostéite complique à son tour, le spina ventosa, la nécrose et en outre les contusions, les plaies des os, les fractures, les luxations non réduites, les maladies articulaires à une distance plus ou moins éloignée du point primitivement malade; enfin, les ulcères qui s'étendent jusque près de la surface des os, laissant généralement et peut-être toujours, dans ces organes, des empreintes ineffaçables, visibles au bout d'un siècle, comme un jour après la mort des sujets, s'ils succombent pendant leur maladie, ou même quelques années après leur guérison.

2° *Des accidens consécutifs aux fractures, par* M. J. Guyot.

L'auteur a été témoin de trois cas de fractures du fémur, dont la consolidation était empêchée par un gonflement inflammatoire très douloureux du cal et des tissus fibreux environnans. Ces malades, après avoir été assujétis pendant le temps nécessaire au repos et aux appareils contentifs appropriés à leur état, se voyaient privés des fonctions du membre fracturé par le développement de cette inflammation chronique qui s'entretenait à l'intérieur même du cal et s'étendait au périoste, ainsi qu'aux tissus fibreux, ligamenteux ou tendineux qui s'y fixent immédiatement. M. Guyot, après avoir inutilement mis en œuvre toutes les ressources mécaniques capables de raffermir un cal qu'il supposait ramolli, ou de suppléer par des appareils de sustentation et de coaptation à l'insuffisance du membre qu'il croyait non consolidé et impuissant à supporter le poids du corps, fut amené, par l'examen étiologique et symptomatique plus attentif de ces malades, à soupçonner la fixation d'un principe goutteux ou plutôt rhumatismal, sur le cal et les tissus environnans. Partant de cette idée, il dirigea contre cette complication un traitement en rapport avec la nature de sa cause qui se révélait ici effectivement avec tous ses effets ordinaires bien connus. L'application sur les points du membre qui correspondaient au lieu fracturé, de vésicatoires et surtout de cautères, amendèrent et firent cesser bientôt les graves accidens contre lesquels, jusque-là, on n'avait rien eu à opposer. La guérison de l'un des malades avait été entièrement désespérée de toutes les notabilités chirurgicales de Paris. Il était condamné à se traîner laborieusement toute sa vie avec des béquilles. L'usage des bains d'eau froide salée et gélatineuse a concouru à de si beaux résultats.

Ce n'est pas le cas de dire ici avec l'illustre Paré : *Je le pansay, Dieu le guarit;* mais il faut être médecin après avoir été chirurgien. Quand la réunion de ces deux talens sera-t-elle moins rare?

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Décembre* 1835, *Janvier, Février et Mars* 1836.)

Il serait trop long de donner la table de tous les articles contenus dans ces huit numéros. Nous nous contenterons de faire connaître les plus pratiques et les plus susceptibles d'analyse.

(N° du 15 décembre.) — *Nouvelle manière de réduire les luxations des doigts de la main, d'après un procédé propre à quelques chirurgiens italiens.*

Il est malheureusement d'expérience, que parmi les doigts, le pouce est celui qui se luxe le plus souvent; il est aussi prouvé que ce doigt est le plus difficile à réduire lorsqu'il est luxé : 1° à cause de la quantité considérable de muscles puissans qui en entourent la base; 2° par le peu de prise qu'il offre aux forces extensives et contre-extensives. Cette dernière difficulté, qui est d'ailleurs commune à tous les doigts luxés, augmente elle-même à mesure qu'on passe de la première à la dernière phalange de chaque doigt.

Beaucoup de chirurgiens, dans l'impossibilité de guérir ces luxations, finissent par les abandonner à elles-mêmes.

C'est à ce point, qu'un chirurgien du temps de J.-L. Petit, avait proposé en dernière ressource de saisir, à l'aide d'une tenaille, la phalange luxée, de la tirer fortement pour la réduire; à propos de quoi le célèbre chirurgien que nous venons de citer répondit, que son confrère *mériterait bien d'avoir les doigts pincés.*

Desault fut même conduit à proposer un moyen encore plus cruel; celui d'inciser sur

l'articulation luxée, d'y introduire un levier de bois, et de faire ainsi basculer la phalange vers sa place naturelle.

Il y a un moyen beaucoup plus simple et très sûr dans ses résultats :

Prenez un très fort ruban de fil, doublez-le de manière à en faire un nœud coulant dans le milieu de sa longueur (nœud coulant dit des *emballeurs*). Engagez le doigt luxé dans le nœud coulant, de manière que l'anse du cordon passe au delà ou derrière la phalange luxée; entourez ensuite autour de votre poignet droit bien garni d'un mouchoir ou d'une compresse, les deux chefs du nœud coulant, et tirez avec force. Il est clair que le nœud placé derrière la tumeur formée par la phalange luxée, arc-boute fortement contre cette tumeur à mesure qu'on tire; le nœud agit ainsi d'arrière en avant contre la phalange déplacée, et tend à repousser l'os à sa place naturelle au fur et à mesure que le nœud est serré davantage par l'extension et la contre-extension; la réduction doit donc s'opérer spontanément.

On voit que ce procédé repose sur une idée nouvelle, et qu'il consiste à repousser l'os déplacé en agissant sur sa propre tête, à l'aide d'une force croissante qui ne peut glisser ni se décomposer comme dans les autres procédés.

(N° du 30 décembre.) — *Note sur un nouveau purgatif.*

℞ Feuilles de séné, deux gros.
Eau de fontaine, deux tasses.

Faites infuser pendant toute la nuit dans un vase couvert; passez et préparez avec cette eau une tasse de café ordinaire, à laquelle on ajoute un tiers de lait.

Ce café purgatif peut être pris sans qu'on s'aperçoive d'aucune saveur étrangère.

Expérimenté un grand nombre de fois par M. Baudelocque, à l'hôpital des Enfans, il a constamment produit de deux à dix selles dans les vingt-quatre heures, et son action n'est accompagnée ni de coliques, ni de vomissemens, ni de phlogose intestinale. On peut le faire prendre aux malades sans les prévenir et sans qu'ils soupçonnent qu'on a voulu leur administrer un purgatif,

(N° du 15 janvier.) — *Cas remarquable de galactirrhée, par* M. Pétrequin, *docteur-médecin.*

Une femme affectée de galactirrhée, qui l'avait conduite au marasme et au *tabes lactea* des Anciens, et chez laquelle, pendant trois mois, on avait employé sans succès les purgatifs, les astringens, localement et à l'intérieur, les dérivatifs cutanés, etc., etc., fut merveilleusement soulagée par les bains de vapeur, puis entièrement guérie par des embrocations opiacées sur les seins, l'opium à l'intérieur et la provocation ou le remplacement des règles supprimées, par des applications de sinapismes et de sangsues vers les parties génitales.

(N° du 15 février.) — *De l'action thérapeutique de quelques sternutatoires.*

M. le professeur Récamier a, depuis quelque temps, remis en honneur l'influence thérapeutique des poudres sternutatoires. Trois observations rapportées dans la note que nous analysons témoignent de l'efficacité de ce moyen dans quelques circonstances. En voici la substance très rapprochée.

Chez un enfant de trois ans, la gourme et une otorrhée s'étant supprimées, survinrent des maux de tête, des vertiges, de la somnolence revenant par paroxymes, pendant lesquels l'appétit était perdu. Prescription de dix à douze prises par jour de la poudre sternutatoire (nous en donnerons la formule plus bas). A chaque prise, le petit malade éternuait, mouchait et crachait beaucoup. Le sang paraissait souvent mêlé aux mucosités épaisses qu'il rendait par les fosses nasales. Le nombre des prises fut graduellement augmenté avec les mêmes résultats physiologiques. Peu de temps après le commencement de ce traitement, les symptômes encéphaliques décrits plus haut avaient entièrement disparu.

Une dame, à l'âge de retour, éprouvait des migraines atroces, qui paralysaient toutes ses facultés sensoriales et intellectuelles. Il n'y avait à ce cruel état que de courtes et imparfaites rémissions. Inutilement plusieurs moyens puissans avaient été mis en usage. Une prise de la poudre sternutatoire toutes les cinq minutes, excrétion très abondante de mucosités nasales teintes de sang. A partir du jour où cette médication fut instituée, les accès de céphalée devinrent moins longs et moins violens, puis finirent par disparaître tout-à-fait. Aujourd'hui, après plusieurs mois de cessation du traitement, les accès hémicraniques ne se sont pas montrés. Il n'a fallu que trois ou quatre semaines pour produire ce résultat, qui n'avait, pendant plusieurs mois, pu être obtenu par aucun autre secours.

Une fille, âgée de vingt-cinq ans, a vu, il y a deux ans, ses règles supprimées, par la crainte terrible que lui inspira un gonflement survenu à sa jambe et qui lui fit redouter l'amputation de ce membre, parce qu'elle l'avait déjà subie à l'autre jambe, à la suite d'une entorse négligée. Après ces deux ans d'aménorrhée, elle est prise d'accès d'épilepsie. Ces accès étaient précédés pendant quelques jours de suite d'une grande pesanteur de tête, d'étourdissemens, de vertiges, de tintemens d'oreilles, de vision troublée; puis, les accès se déclaraient subitement à la suite de ces prodrômes. L'analogie de ces accidens précurseurs avec ceux que nous avons vu plus haut céder si bien aux sternutatoires, porta à les traiter de même, dans l'espoir, en les dissipant, d'empêcher le développement du mal si grave qui y semblait lié. Depuis que la poudre sternutatoire est administrée et qu'elle a produit les effets immédiats que nous lui connaissons, les symptômes avant-coureurs de l'attaque que nous avons signalés n'ont que faiblement reparu, et les attaques elles-mêmes sont devenues extraordinairement moins fréquentes et moins intenses, à ce point que c'est à peine si elles privent le malade de sa propre conscience. En un mot, elles ne sont plus comparables à la gravité effrayante qu'elles offraient avant la médication par les sternutatoires. Cet amendement se soutiendra-t-il? C'est beaucoup déjà que de l'avoir obtenu.

La poudre en question se prépare ainsi : on prend des feuilles de bétoine et d'asaret bien sèches, et on y incorpore la poudre d'ellébore blanc dans les proportions suivantes :

Poudre de bétoine et d'asaret, de chaque une once; poudre d'ellébore blanc, un gros. Cette poudre se prend comme du tabac, d'abord à prises éloignées, puis ensuite toutes les cinq à dix minutes.

(N° du 15 mars.) — *Nouveaux faits concernant l'emploi du sulfate d'alumine dans le traitement des fièvres graves.*

L'auteur de cette note a déjà appelé l'attention sur le succès de la médication dont il s'agit, entre les mains de M. le professeur Fouquier, et les faits sur lesquels il s'appuyait alors ne nous paraissent guères plus probans que ceux qu'il allègue aujourd'hui. Ces derniers ont été recueillis à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. le docteur Barthès. Ce médecin a voulu constater sur lui-même les effets physiologiques de l'alun. Il a pris d'abord à jeun un demi-gros de cette substance dans un verre d'eau distillée, et il n'a éprouvé qu'un sentiment d'astriction dans l'intérieur de la bouche et du côté de l'estomac, ce qui n'a duré qu'un quart d'heure, après quoi tout était comme avant. Un gros du même sel a donné lieu aux mêmes résultats, seulement plus prononcés, à un appétit très vif et à une digestion plus rapide. Deux gros et demi ont produit de semblables effets, plus des envies de vomir, et trois gros ont enfin déterminé des vomissemens. Du reste, rien de fâcheux ne s'en est suivi.

Viennent quatre observations pour attester l'efficacité de cette substance dans le traitement de la fièvre typhoïde.

La première se réduit à ceci : Un individu entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une fièvre entéro-mésentérique, qu'une saignée générale et une saignée locale n'arrêtent pas. On lui administre l'alun et il guérit. Voilà qui ne prouve ni pour ni contre le traitement.

Dans le second cas, la maladie, qui semblait enrayée par deux saignées et une application de sangsues, reparaît *quelques jours* après. Prescription de potions alumineuses (de vingt à quarante grains en vingt-quatre heures). Les symptômes s'amendent successivement, et au bout de dix jours, le malade mangeait la soupe et le quart d'alimens.

Libre à quiconque de voir ici l'action thérapeutique de l'alun; mais il n'y a rien à répondre à celui qui la nierait. Quand on veut fonder la réputation d'un moyen dans le traitement d'une affection où les influences thérapeutiques sont si difficiles à juger, il est nécessaire de faire ressortir les circonstances qui la mettent en évidence, de rigoureusement fixer l'époque de l'invasion de la maladie et celle du commencement de la convalescence.

Le troisième fait présente un appareil de nombreux symptômes très graves qui se dissipent *graduellement* pendant qu'on administre l'alun; néanmoins la maladie suit son cours et achève ses périodes, de sorte qu'une guérison naturelle peut être invoquée à la place d'une action médicamenteuse, d'autant plus que la maladie, qui au début révêtait la forme intermittente, avait été traitée comme telle par un émétique et le sulfate de quinine, L'exaspération du mal par ces modificateurs inopportuns et son allure de plus en plus continue firent suspendre une médication si funeste, et les symptômes qui avaient bien pu ne prendre de l'accroissement et de la gravité que par cette thérapeutique erronée et fâcheuse, durent rentrer dans leur marche naturelle et peut-être dans leur bénignité primitive, par le seul fait de la cessation d'un traitement si contraire, comme nous l'avons vu plusieurs fois.

La mort termine le quatrième fait rapporté. Le malade a été enlevé par une pneumonie qui est venue compliquer la fièvre typhoïde dont l'autopsie a attesté l'existence. L'alun qui semblait atténuer cette maladie a été impuissant, bien entendu, pour enrayer la pneumonie.

Indépendamment du peu de valeur de ces faits, considérés en eux-mêmes, ils sont trop peu nombreux pour mériter jusqu'ici une sérieuse attention. P.

—

REVUE MÉDICALE.

(*Mars* 1836.)

Les articles originaux de ce cahier sont les suivans :

1° Recherches sur la menstruation, par M. *Mojon*, de Gênes. — 2° Histoire du choléra épidémique qui a régné à Beaucaire pendant les mois de juillet, août, septembre, octobre, et novembre 1835, par M. *Blaud* (Premier article).— 3° Histoire d'une affection typhoïde épidémique observée chez de jeunes enfans, par le docteur *Félix Hatin* (Premier article).

Recherches sur la menstruation, par M. Mojon.

M. Mojon résume ses recherches sur la menstruation de la manière suivante :

1° La menstruation ne se fait ni par les dernières extrémités des artères ou des veines, ni par leur déchirure, ni par un ordre de vaisseaux exhalans particulier, ni enfin par des cryptes ou follicules de la muqueuse utéro-vaginale.

2° La menstruation est le résultat d'une transsudation particulière par les pores du tissu des vaisseaux capillaires de la cavité utéro-vaginale.

3° L'action des forces électriques, propre à notre organisation, entre pour beaucoup dans le phénomène de la menstruation, soit en augmentant la perméabilité du tissu des capillaires utérins, soit en accélérant la circulation du sang qui les parcourt, soit en la rendant peut-être plus liquide.

L'auteur appuie cette proposition sur les faits suivans :

Si l'on fait passer un courant électrique à travers une vessie remplie d'eau, elle se vide assez promptement, laissant filtrer par les pores de ses tuniques tout le liquide qu'elle contient;

Si l'on fait une heureuse injection d'encre dans tout le système vasculaire de la matrice, spécialement d'une femme morte pendant ses

règles, on n'observe d'autre suintement, dans la cavité de ce viscère, qu'une eau presque claire; mais aussitôt qu'on le fait traverser par un courant électrique, une rosée noirâtre en couvre toute la surface interne, sans qu'il soit possible cependant d'apercevoir aucune ouverture, même à l'aide d'une forte loupe;

Si l'on met les deux pôles de la colonne voltaïque en contact avec les viscères d'une grenouille, on voit s'humecter leur surface d'un mucus blanchâtre assez abondant (1).

4° L'électrisation est un des plus puissans moyens de traiter avec succès l'aménorrhée produite par un état d'inertion des parties génitales, surtout chez les femmes d'un tempérament lymphatique et d'une constitution débile.

M. Mojon cite ici les succès qu'il a obtenus au moyen du galvanisme chez les femmes chlorotiques par inertie de la matrice, faits consignés dans les ouvrages du professeur Aldini et du professeur Alibert (1); ainsi que les résultats obtenus par Scarpa dans l'amaurose par disménorrhée.

5° La ménorrhagie, la menstruation et la leucorrhée peuvent être regardées comme le résultat immédiat du plus ou moins de perméabilité des tuniques des capillaires utéro-vaginaux.

6° Les fumigations de gaz acide carbonique, dans la cavité de la matrice, peuvent être employées avec succès pour combattre les douleurs utérines qui précèdent et accompagnent une menstruation difficile, notamment chez les jeunes femmes d'un tempérament athlétique et sanguin. G.

(1) Voir les conjectures de M. Mojon sur l'action du galvanisme sur les sécrétions animales, dans le *Journal du Galvanisme* de M. Nauche, N° IV.

(1) Essai théorique et expérimental sur le galvanisme, par Aldini. Paris, 1804.

Nouveaux élémens de thérapeutique, par le baron Alibert, Paris, deuxième édition, 1808, t. II, page 463.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

The American journal of the medical sciences. (*Août* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX: 1° Caractères anatomiques du choléra asiatique, par *Horner*; — 2° Propriétés médicinales de l'ellébore vert, par *Osgood*; — 3° Cas chirurgicaux, par *Kirkbride*; — 4° De l'emploi de la châtaigne (du cheval) contre l'épilepsie, par *Mettauer*; — 5° Remarques sur l'opération césarienne, par *Nancrede*; — 6° Mania à potu, par *Porter*; — 7° Extraits du journal d'observations de *Lyman Bartlett*; — 8° Cas de racornissement, par *Baron*; — 9° Accouchemens, par *Rankin*; — 10° Polype du cœur, par *Zabrinskie*; — 11° Hernie ombilicale étranglée, excision du sac, guérison, par *Heustis*; — 12° Dislocation et fractures de l'épine, par *Gardiner Dorrance*; — 13° Revue trimestrielle.

Cas chirurgicaux. Anévrisme par anastomose, ligature. — Il s'agit tout simplement du procédé employé par Brodie, lequel consiste à enfoncer deux épingles, en croix, sous la base de la tumeur, et à tourner une ligature au dessous de ces épingles. Ici l'anévrisme existait depuis la naissance; il était situé à la joue, près de la commissure des lèvres, et il avait atteint le volume d'une noisette.

De l'emploi de la châtaigne (crusta genu equina) *contre l'épilepsie.* — On sait que les chevaux sont sujets à une exsudation qui se fait au côté interne du canon, un peu au dessous du genou, et dont le produit se concrète en une croûte épaisse, grisâtre, de forme ovale, que nos vétérinaires appellent *châtaigne*. Cette croûte, après avoir acquis une certaine épaisseur, se détache deux ou trois fois par an, sans laisser de traces d'ulcération, à moins qu'elle n'ait été arrachée avec violence. Tel est le nouveau remède que M. Mettauer, appuyé sur l'expérience de son père et sur la sienne propre, propose d'introduire dans la matière médicale. Il l'administre sous la forme de poudre récemment préparée, à la dose de deux à vingt grains, ou sous forme de teinture obtenue par la digestion, continuée huit à dix jours à un feu doux, d'un cinquième de poudre dans quatre cinquièmes d'alcool, à la dose d'un demi-gros à une once et demie. Les rognures du sabot du cheval peuvent être employées de la même manière, avec le même succès. L'usage de ces substances doit être continué long-temps, une année même s'il le faut; on ne peut toutefois en espérer de bons résultats que dans les cas où l'on n'a pas lieu de croire à l'existence d'une lésion organique. M. Mettauer en fait précéder l'administration de celle de légers laxatifs quand la santé générale a peu souffert, et de purgatifs plus énergiques lorsque la congestion cérébrale est intense; quelquefois même alors il a recours à la saignée. Dans les cas où se manifeste une diathèse hydropique, une altération marquée des sécrétions, etc., la teinture est préférable à la poudre; il est quelquefois utile d'y associer les toniques.

Opération césarienne. — Cette opération a été pratiquée avec un plein succès sur une jeune femme, chez qui le diamètre antéro-postérieur du bassin était à peine de deux pouces, et qui, dans deux grossesses précédentes, avait été délivrée par la perforation de la tête de l'enfant. La poche des eaux n'ayant pu être atteinte par le col de l'utérus, on la rompit par l'ouverture pratiquée sur la ligne blanche. L'opération n'arracha pas un cri, et, au bout d'un mois, la cicatrisation était parfaite.

Extraits d'un journal clinique, etc. Dipsosis. — M. Bartlett a noté l'histoire d'un homme de quarante ans, nommé James Webb, qui, en parfaite santé, buvait jusqu'à vingt-quatre quarts d'eau (vingt-quatre pintes) en vingt-quatre heures. Pour peu qu'on retranchât de cette énorme quantité de boisson, il éprouvait une soif ardente et tous les symptô-

mes généraux de la fièvre. Ses urines, abondantes en proportion, étaient pâles, insipides, et ne se coagulaient ni par l'ébullition ni par les acides.

Accouchemens. — M. Rankin cite deux cas, dans lesquels le placenta étant collé au pourtour de l'orifice utérin, et la mère s'affaiblissant par une hémorrhagie qui datait des derniers mois de la grossesse, il a dû aller chercher les pieds de l'enfant, une fois en déchirant le centre du placenta, une autre fois en décollant une partie de sa circonférence. Il rapporte ensuite l'histoire d'une femme chez qui la poche s'étant rompue à sept mois et demi, les eaux s'écoulèrent par petites quantités, et à des intervalles assez courts, jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu quarante-cinq jours plus tard. L'enfant vint au monde vivant, mais débile. M. Rankin, après avoir discuté longuement ce fait, conclut que les eaux évacuées pendant un mois et demi ne pouvaient provenir que de l'amnios, et non de la vessie, d'une hydatide rompue, ou d'une accumulation entre le chorion et la matrice, etc. Il n'est pas plus extraordinaire, ajoute-t-il, de voir le fœtus rester dans la matrice après l'expulsion des eaux, qu'après la naissance d'un jumeau. Et, là-dessus, il cite la femme d'un soldat, laquelle, trois jours après être accouchée d'un premier enfant, fit trente milles (dix lieues) en voiture, et, à son arrivée, accoucha une seconde fois à sa grande surprise.

Fracture de la colonne vertébrale; guérison. — Amos Marsh, travaillant dans la forêt, fut renversé par la chute d'un arbre, et transporté immédiatement chez lui. M. Dorrance le trouva dans son lit, se plaignant d'avoir les deux jambes cassées. Ces membres paraissant en bon état, mais immobiles et insensibles, on retourna le malade, et l'on trouva que la colonne vertébrale formait un angle de quarante-cinq degrés, dont le sommet était à la onzième vertèbre dorsale. On n'osa tenter la réduction; quelqu'un proposa de pratiquer une incision pour extraire ou relever les fragmens déprimés. Ce conseil ne fut pas suivi, et le malade fut abandonné à la nature; on eut seulement recours au cathétérisme et aux lavemens irritans. Au bout de quatre mois les fonctions du rectum et de la vessie s'étaient rétablies par degrés, Marsh marchait avec des béquilles; en moins d'un an il fut en état de reprendre son travail de tonnelier. La rectitude de la colonne vertébrale n'est pas complétement rétablie; le dos est voûté, la marche gênée, mais la difformité est beaucoup moindre qu'au moment de l'accident.

Revue trimestrielle. — M. O'Shaughnessy vient de découvrir dans le sang un nouveau principe qu'il nomme sub-rubrine et qui s'y trouve dans la proportion de 0,015. Ce principe, à l'état sec, est pulvérulent, opaque, rouge-brun, infusible par la chaleur, laissant un résidu terreux quand on le calcine sur le platine, insoluble dans l'eau et l'alcool à la température ordinaire, soluble dans l'alcool en ébullition, etc. (*The London Lancet*, février 1835). — M. Patterson a combattu avec succès, chez une femme de vingt-un ans, une aménorrhée opiniâtre, qui avait résisté dix-huit mois à diverses méthodes de traitement. Le moyen qui a réussi à ce médecin consistait en un cataplasme sinapisé (moitié farine de lin, moitié moutarde) appliqué sur le sein, et laissé en place assez long-temps pour produire une rougeur vive, un gonflement considérable et une fièvre intense.

—

North American archives of medical and surgical science.

(*Juin et Juillet* 1835.)

Le premier de ces deux numéros contient:

1° La fin du travail de M. *Smith* sur l'irritation; — 2° Des observations recueillies par M. *Geddings*, qui n'offrent guère d'autre intérêt que celui qui résulte de la gravité des lésions reconnues après la mort, et de l'inefficacité des remèdes; — 3° Une observation de diabétès sucré, rapportée par M. *Hall*.

La maladie céda à la diète animale exclusive, aux privations de pain et à l'usage de la teinture de cantharides portée jusqu'à la dose de quatre cent vingt-cinq gouttes dans les vingt-quatre heures. Dans l'article intitulé *Collectanea*, on remarque la formule suivante pour l'administration de l'huile de térébenthine dans la goutte et le rhumatisme:

℞ Huile de térébenthine, un et demi à deux gros.
Carbonate de magnésie, un gros.
Mêlez et ajoutez:
Eau de menthe, cinq onces.
Sirop de limons, } āā deux gros.
Esprit de lavande composé, }
Divisez en quatre doses; le malade en prendra une trois fois le jour.

Le second numéro renferme:

1° Un article de M. *Geddings* sur les tumeurs sanguines spontanées de la tête chez les enfans nouveau-nés. Ce travail, tout d'érudition, n'est guère susceptible d'analyse; — 2° Quatre observations recueillies par M. *Baker*; — 3° Une notice sur les eaux minérales sulfureuses de *Dagger*; — 4° Une nouvelle méthode de traitement pour l'anévrisme, par M. *Philips*.

Ce médecin a noté toutes les opérations d'anévrisme par la méthode de Hunter, publiées dans les journaux depuis dix ans, et il a trouvé que sur cent soixante-onze cas un tiers environ des malades opérés a succombé, tandis que sur cinq cent trente-sept individus soumis à la lithotritie quatre cent trente-un ont été guéris. M. Philips en conclut que nos procédés pour le traitement de l'anévrisme ne sont pas aussi satisfaisans que nous le croyons, faute d'un examen approfondi, et il en propose un nouveau qui consiste à passer au travers du sac anévrismal une, deux ou trois aiguilles, ou même davantage, armées chacune d'un brin de soie double qu'on laisse en place pendant un certain espace de temps. La présence de ces fils détermine l'inflammation de la tunique celluleuse de l'artère, et par suite l'exsudation, entre les autres tuniques, d'un liquide séro-albu-

mineux, quelquefois purulent, dont la présence rétrécit le calibre du vaisseau. La tunique interne prend un aspect rosé; le sang se coagule, et une matière concrescible se dépose dans le canal et l'oblitère. Il suffit que les fils aient séjourné de quarante à soixante minutes dans les parois du sac anévrismal pour que ces effets soient produits; on en est averti par l'apparition d'une traînée rouge sur le trajet du vaisseau, accompagnée d'une douleur vive, mais circonscrite. On pourrait, au besoin, provoquer ce résultat d'une manière plus active en imprimant aux fils des mouvemens alternatifs en sens contraire. Il faut les retirer dès que la douleur et la rougeur annoncent le développement de l'inflammation. On nous promet de plus amples détails sur ce mode opératoire, qu'on ne saurait juger sur ce simple exposé.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Omodei).

(Volume LXVI. — *Décembre* 1835.)

MÉMOIRES ORIGINAUX : 1° Historique du choléra-morbus qui a régné à Nice, à Coni, à Gênes et à Turin, et dans les autres villes de l'état sarde, depuis son invasion jusqu'au 18 septembre 1835, par le docteur *Caldrini*; — 2° Mémoire sur les ulcérations intestinales qui se rencontrent dans le corps des individus morts du typhus, par le docteur *Gola*; — 3° Usage du nitrate d'argent dans les engelures, par le docteur *Gamerini*.

Ulcérations intestinales. — Le docteur Gola revendique pour la médecine italienne la découverte des ulcérations intestinales dans le typhus et même du meilleur mode de traitement de cette maladie. Il apporte en preuve l'observation avec autopsie de la fièvre mésentérique à laquelle succomba le cardinal Spandato. Tout le tort de l'Hippocrate italien (nom que donnent à Baglivi ses compatriotes), c'est d'avoir cru primitifs l'obstruction et le ramollissement des glandes du mésentère qui ne sont que consécutifs.

L'auteur dit ce que la pratique lui a appris sur plusieurs points pathologiques qui sont encore en litige.

Le typhus et la fièvre entero-mésentérique sont à ses yeux une même maladie.

Il n'a pas ouvert un corps mort de fièvre typhoïde où il n'ait trouvé des ulcérations dans les intestins. Toutefois il ne prétend pas que les ulcérations soient essentielles à cette maladie; ce sera alors le cas de la fièvre morbilieuse que de Haen a traitée sans éruption, et de la fièvre varioleuse sans boutons décrite par Gatti.

Le docteur Bretonneau place les ulcérations constamment dans les glandes de Payer et de Brunner, et le docteur Talmouche dans le réseau capillaire de la membrane muqueuse. Gola partage le sentiment de ce dernier; du moins il pense qu'elles se forment quelquefois ailleurs que dans les glandes, et il cite à l'appui trois faits comme prototypes.

Il veut que le médecin ne porte pas toute son attention sur l'irritation des méninges du foie ou des poumons, qui compliquent si souvent le typhus, et recommande de s'occuper particulièrement de la région iléo-cœcale où se trouve le fond de la maladie, quoique le mal, quelque grand qu'il soit, ne cause pas la moindre sensation douloureuse, même sous une forte pression de la main. Il en conclut avec raison qu'il faut s'attacher à la méthode anti-phlogistique, sans se laisser détourner par quelques phénomènes nerveux qui pourraient survenir, ni par la considération des périodes imaginaires de la maladie. Nous approuvons également la défense de donner des alimens dont la digestion soit tant soit peu longue ou difficile, avant la parfaite cicatrisation de l'intestin iléon. Une blessure à la main exige qu'on tienne le bras immobile dans une écharpe.

Le docteur Placido Portal a traité une femme âgée de 36 ans, d'un tempérament nerveux, et attaquée pour la seconde fois d'une démonomanie furieuse dont les accès survenaient trois ou quatre fois par semaine avec une violence toujours croissante. On attribuait cette maladie à une teigne répercutée. On a donc cherché d'abord à rappeler la teigne et à empêcher le *ruptus* du sang au cerveau. Mais tous les topiques, les saignées, les sangsues, le tartre stibié et les autres moyens débilitans ont échoué. Du reste, les fonctions naturelles se remplissent régulièrement dans les intervalles lucides. Le phénomène le plus marquant de cette espèce de manie, est chez cette pauvre femme l'instinct insurmontable qui la porte à se frapper l'occiput contre le sol ou le mur, jusqu'à s'écorcher, et les meurtrissures du cuir chevelu la soulagent. Elle n'a pas d'autre moyen de se défaire du démon collé à son dos comme la tunique de Nessus. On lui a mis la camisole de force pour la réduire à l'impossibilité de se faire mal à la tête; mais alors sa souffrance n'a eu ni cesse ni amendement, et il a fallu en venir à la laisser se frapper la tête. Un fait non moins remarquable, c'est que le cerveau n'a jamais ressenti la moindre commotion et les meurtrissures guérissent toujours sans suppurer. Les accès deviennent plus fréquens, lorsque le vent Sud-Est a soufflé. Le seul moyen de soulagement sont les affusions d'eau froide sur la tête.

En octobre 1833, la démoniaque fut prise d'une diarrhée opiniâtre qui la jeta dans un état de débilité extrême; elle s'est relevée sans obtenir la moindre amélioration de sa maladie *habituelle et vit encore.*

Deux observations d'angine croupale ou membraneuse, par le docteur J. Corneliani, *professeur et chirurgien en chef de l'hôpital civil de Pavie.*

Ire *Observation.* — Une fille de onze ans, d'un tempérament sanguin, assez forte, entra à l'hôpital le cinquième jour d'une angine croupale. On employa sans succès les saignées générales et locales, les antimoniaux et les mercuriels à large dose, tant en frictions qu'en in-

gestions, les fumigations d'eau tiède et ensuite de vinaigre pour solliciter l'expectoration. Le septième jour depuis l'invasion, la malade se trouvait à l'article de la mort. Respiration anxieuse, sibilante, très difficile, danger de suffocation à chaque instant, plutôt par un obstacle mécanique que par le gonflement inflammatoire, extrémités froides, etc. L'illustre professeur eut la modestie de former une consultation dans laquelle la trachéotomie fut décidée et pratiquée sur-le-champ par un des consultans en présence d'un grand nombre de docteurs et d'étudians.

Dès l'ouverture de la trachée-artère, il s'échappa une quantité considérable de matière muqueuse, albumineuse et visqueuse, mêlée avec des débris membraneux. On retira avec des pinces une fausse membrane roulée en tube, puis on introduisit dans l'ouverture une canule légèrement recourbée, qu'on eut l'attention de déblayer par des injections d'eau pure à l'état tiède.

Un mieux bien marqué se déclara et se soutint l'espace de vingt-quatre heures. Alors survint tout-à-coup une suffocation. C'est cette recrudescence qui empêche quelques praticiens d'assimiler l'angine croupale à une inflammation ordinaire, dont le propre est d'aller à son terme en augmentant par des progrès réguliers.

On soupçonna qu'une nouvelle membrane s'était formée et on tenta de la détruire avec une dissolution de douze grains de nitrate d'argent dans deux gros d'eau distillée. Un pinceau imbibé de ce caustique fut poussé vivement par un mouvement de rotation dans le canal de la trachée-artère pour changer le caractère de l'inflammation autant que pour frayer à l'air un passage libre. On ôta la canule, d'autant mieux que l'ouverture du canal était restée béante. Cette manœuvre fit sortir une quantité de matières albumineuses et lymphatiques, au grand soulagement de la malade.

Le second jour la fièvre s'alluma; douleur aiguë au côté gauche; toux fréquente; difficulté de respirer. (Saignée de dix onces, cataplasme émollient sur le point douloureux; vésicatoires aux jambes, décoction de tamarin et émulsion nitrée, seules boissons qui passent bien.) Le sang parut un peu couenneux dans la palette.

Le matin du troisième jour, symptômes de péripneumonie (saignée pour la sixième fois). Mieux dans la journée, rehaussement le soir; seize sangsues sur le point douloureux de la poitrine.

Le quatrième jour on conçoit des espérances sans s'y abandonner, à cause d'une rémission très variable.

En effet, le cinquième jour au matin, l'enfant expire tout d'un coup, comme asphyxié, genre de mort assez fréquent dans cette maladie.

Autopsie. — Veines superficielles du cerveau et celles des plexus-choroïdes gorgées de sang, comme après la strangulation.

Follicules muqueux de la langue, glandes mucipares de la trachée-artère un peu trop volumineuse.

Glandes bronchiales engorgées et endurcies. Celles placées à la bifurcation des bronches avaient le volume d'une noix. Le pharynx couvert d'une lymphe concrescible. On pouvait en détacher un fragment membraneux, sous lequel on voyait la membrane muqueuse, d'un rouge livide, étendue sur l'épiglotte, la cavité de la glotte et le canal de la trachée, pointillée et épaissie. Les bronches, de même couleur, contenaient, jusques dans leurs plus petites ramifications, une lymphe d'un blanc jaunâtre et verdâtre. Les poumons, au centre, gorgés d'un sang noirâtre, à la surface hépatisés, et si l'on enfonçait le doigt dans leur substance, ils se trouvaient friables, à l'état de *carie des viscères*.

Dans le ventricule et l'oreillette du cœur à droite, trois larges concrétions albumineuses; une autre concrétion dans les cavités gauches.

IIe *Observation.* — Un enfant de cinq ans et demi entra dans le même hôpital pour une angine membraneuse, ou du moins pour une maladie qui en avait toutes les apparences. Le petit malade fut parfaitement guéri par les antiphlogistiques et les résolutifs.

Le docteur Corneliani prend de là occasion d'exposer sa doctrine sur le croup. Il convient que deux observations ne suffisent pas, mais il les met en faisceau avec celles de Rubini, Ghisi, Borsieri, etc.

Le croup est dans son principe une maladie inflammatoire, qui a son siége dans la membrane muqueuse de la trachée-artère et du larynx. Les glandes s'engorgent consécutivement à l'instar de celles du mésentère dans la fièvre entéro-mésentérique.

Le cours de l'angine croupale peut durer plus ou moins, presque toujours à l'état aigu. Quelquefois le mal s'éteint en quelques heures; d'autres fois il se prolonge, et alors se forme par une sécrétion anormale une fausse membrane, susceptible de reproduction par un principe éventuel de malignité plutôt que d'inflammation.

Le croup a quelque chose de contagieux.

Il existe un faux croup, difficile à reconnaître, à cause de la toux convulsive qui l'accompagne.

Dangers du croup. — 1° La présence d'une fausse membrane; 2° le progrès de l'inflammation dans les glandes bronchiales et la substance pulmonaire; 3° concrétions albumineuses dans les cavités du cœur; 4° conversion de l'inflammation en atonie.

Traitement. — Ier *Stade.* Médecine perturbatrice, afin de troubler la nature dans l'œuvre d'une fausse membrane.

IIe *Stade.* Les émissions sanguines portées trop loin abattent les forces, amènent la suffocation et l'asphyxie, comme on l'observe dans le catarrhe suffoquant et même la pneumonie. Il n'y a pas alors de meilleurs moyens que les révulsifs et les vapeurs incitantes. Ces remèdes sont propres non seulement à exciter l'expectoration, mais encore à changer en bien le caractère de la maladie.

IIIe *Stade.* La trachéotomie ne doit être tentée que dans les cas désespérés, attendu que la fausse membrane peut se détacher et être expectorée. Il se fonde encore sur la difficulté de distinguer quelquefois le faux croup du véritable, et sur ce que l'opération et la cautérisation consécutive faites dans le second

stade, ont fait périr des sujets qu'on eût guéris peut-être par une médication plus douce. Exemple : une enfant de dix ans est prise d'un croup très violent, à la suite d'un refroidissement. Le docteur Brera, appelé le troisième jour, lui fait appliquer douze sangsues sur les côtés de la trachée-artère, et même nombre six heures plus tard. La fièvre ayant diminué, on donne toutes les heures un demi-grain de kermès minéral, mêlé avec un quart de grain d'ipécacuanha et un scrupule de sucre ; par dessus on fait boire une infusion uniforme de fleurs de tilleul. Après la seconde prise, les symptômes s'étaient beaucoup amendés, hormis la toux et la difficulté de respirer. A la quatrième dose, le corps se couvrit d'une sueur halitueuse au grand soulagement de la malade. La cinquième dose venait d'être avalée, lorsque l'enfant fut prise d'une toux violente, et dans des efforts de vomissement, elle rejeta une fausse membrane roulée en tube et d'une certaine grosseur. Depuis ce moment la convalescence s'établit.

Au demeurant, le professeur de Pavie félicite les médecins de France d'avoir remis la médecine dans la voie des progrès, en tirant de l'oubli, par quelques succès, l'opération de la trachéotomie.

V. O. G.

III. MÉLANGES.

DÉCOUVERTE DU COW-POX.

Une découverte importante occupe le monde médical depuis un mois. Le cow-pox, dont la trace avait été perdue depuis Jenner, ou du moins n'avait point été retrouvée d'une manière authentique, vient d'être découvert incontestablement sur une femme de Passy par le docteur Perdrau, de Chaillot. M. Perdrau nous fait l'honneur de nous adresser à ce sujet une lettre que nous nous empressons de transmettre à nos lecteurs.

Au Rédacteur.

Le lundi 21 mars, la femme Fleury, demeurant près la barrière de Longchamps, plaine de Passy, vint me consulter pour une indisposition qu'elle éprouvait depuis quelques jours ; elle se plaignait de mal de tête, de fièvre, et semblait attribuer ce malaise en partie à des boutons qu'elle avait à la main droite, au nombre de trois ; le caractère tout particulier de ce léger exanthème attira toute mon attention ; je lui fis aussi remarquer qu'elle portait à la lèvre supérieure, près de la muqueuse, un bouton qui avait le même aspect que les autres, en lui demandant s'il s'était développé depuis que la main était gonflée, ce qu'elle affirma. Ma première question fut : Quel état exercez-vous ? — Monsieur, je suis laitière. — Avez-vous remarqué au pis de vos vaches des boutons à peu près semblables à ceux qui se sont développés à vos mains ? — Oui, monsieur ; mais ils sont bientôt guéris : je les ai frottés avec de la vielle graisse ; il y a seulement les croûtes aujourd'hui, et je crois bien que j'ai gagné ces boutons à ma vache, parce que j'ai souvent les mains écorchées, ce qui me donnait de l'inquiétude, et mon mari m'a engagé à venir vous consulter. — Après un nouvel examen, rapprochant par la pensée l'aspect de ces boutons avec celui que présentent ceux de la vaccine à l'état de suppuration ; je ne doutai plus de la transmission immédiate du cow-pox ; j'écrivis tout de suite à mon confrère et ami Nauche, en lui disant : « vous serez heureux de voir un cas bien remarquable de vaccine, inoculée sans aucun doute par le cow-pox. » J'engageai la dame Fleury à aller chez ce docteur le lendemain matin de bonne heure, ce qu'elle promit ; quelques jours après, elle revint m'apprendre que le docteur l'avait adressée à l'Académie de médecine ; qu'on avait vacciné plusieurs enfans avec le pus de ses boutons, déjà avancés ; qu'on semblait attacher une grande importance à cette découverte, ce qui la surprenait beaucoup, et qu'on l'avait priée de revenir. Sur son observation, que ces courses lui faisaient perdre beaucoup de temps et qu'elle était pauvre, je l'assurai qu'on la récompenserait de sa peine ; et il est bon de remarquer ici, pour écarter toute idée de surprise, que la femme Fleury ne fit nullement valoir les services qu'elle pouvait rendre à l'Académie, et qu'elle demandait simplement de pas perdre son temps. M. le docteur Bousquet m'a fait un extrême plaisir de me confirmer que la femme Fleury lui avait raconté ce qui s'était passé chez moi, lors de sa première consultation, dans les mêmes termes et avec la même simplicité de récit que je présente dans cette observation importante.

Depuis, j'ai vu plusieurs fois ma malade ; j'ai visité le pis de la vache, qui présente des cicatrices bien remarquables, et la femme Fleury m'a raconté que pendant l'accroissement des boutons, la pauvre bête était souffrante ; qu'elle ne mangeait plus, ce qui lui avait donné beaucoup d'inquiétude, et qu'il lui était presque impossible de la traire, parce qu'il n'y avait qu'un seul trayon exempt de boutons.

Hier, 9 avril, les cicatrices de la main de la femme Fleury offrent les traces bien évidentes des boutons de vaccine ; l'un d'eux entre autres offre cette forme ombilicale qui me paraît caractéristique dans cette espèce d'exanthème.

A Chaillot, le 10 avril 1836.

PERDRAU, D. M. P.

Des vaccinations nombreuses ont été pratiquées avec le nouveau cow-pox. Il en résulte que le nouveau virus donne lieu à des boutons plus enflammés et à une fièvre plus forte que l'ancien. Nous-mêmes avons constaté ce fait sur plusieurs enfans que nous avons vaccinés. Dans notre prochaine livraison, nous donnerons le rapport fait à l'Académie de médecine par M. le docteur Bousquet, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats obtenus avec le nouveau vaccin.

PHRÉNOLOGIE (1).

(*Premier article.*)

Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* ne doit pas rester plus long-temps étranger à une science qu'on prétend être la plus belle découverte scientifique de notre époque. Bien que, selon beaucoup de personnes, il y ait de la témérité à donner déjà le nom de science au système de Gall et de Spurzheim, bien que ce journal n'ouvre d'ordinaire ses colonnes qu'à des articles de médecine et de chirurgie pratiques, et que l'on conteste encore plus à la phrénologie l'utilité de ses résultats que la vérité de ses spéculations, cependant les progrès certains que les travaux des phrénologues ont fait faire à la physiologie du cerveau, les rapports évidens de leurs découvertes au moins avec la pathologie de l'encéphale, les questions, enfin, de haute philosophie que leurs doctrines soulèvent, ont engagé les directeurs du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* à donner à leurs lecteurs une série d'articles sur la phrénologie. La manière tranchante, ignorante quelquefois, et souvent grossière, dont plusieurs adeptes prêchent la doctrine, n'est guère propre à la propager parmi les gens sensés, calmes, réfléchis et souvent prévenus qui les écoutent. En nous adressant au public le plus nombreux qu'aucun journal de médecine puisse encore compter, nous n'avons point pour but de lui imposer la science, mais de la lui exposer; nous souvenant toujours que la vérité, en quoi que ce soit, ne triomphe jamais par l'arrogance du ton et la suffisance des gestes, pas plus qu'elle ne succombe sous le sarcasme et la plaisanterie.

Celui qui signe ces pages étudie la phrénologie depuis six ans, dans les livres, dans les cours, dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres, dans les salons. Mais quoiqu'il la regarde comme une des plus intéressantes branches des connaissances médicales, quoiqu'elle lui paraisse comme le résumé des sciences naturelles qui ont pour fin la connaissance de l'homme, la phrénologie n'est pas tout pour lui. Dans quelles limites et avec quelles réserves il admet cette science : il aura l'occasion de le dire dans la suite de ce travail. Il lui suffit pour le moment d'avoir averti ses lecteurs qu'il n'est pas de ces fanatiques sectateurs de Gall, qui anathématisent tout le passé au nom de la doctrine nouvelle, et croient à la phrénologie comme à une religion. Pour les hommes qui ne s'enferment pas dans l'exclusive observation des faits et des phénomènes, mais qui élèvent encore leur pensée à l'investigation des principes et des causes, pour les médecins qui, ne se bornant pas à l'étude incomplète des effets et des apparences, pensent que l'organe n'est pas toute la fonction, et que la faculté ne réside point tout entière dans l'instrument; pour ceux-là les questions de spiritualisme et de matérialisme qu'on élève à propos de phrénologie, sont tout-à-fait indépendantes de l'opinion qu'on peut avoir sur cette science. En effet, la plupart de ceux qui, ennemis jurés de cette doctrine, dépensent tout ce qu'ils ont d'esprit à la tourner en ridicule, sont d'entêtés matérialistes; tandis que l'on pourrait citer bon nombre de philosophes chrétiens et même de prêtres qui acquiescent déjà à la phrénologie comme à une science vraie et utile. Nous-même, c'est par déduction surtout que nous y sommes arrivé; c'est comme conséquence logique et forcée de certains principes incontestables des sciences morales et philosophiques que nous avons été conduit à admettre d'abord la phrénologie. Si ensuite l'observation des faits et l'analyse des phénomènes sont venues confirmer ce que nous avions établi synthétiquement, nous n'en sommes pas moins resté fidèle à notre point de départ, persuadé que les progrès ultérieurs de la science ne peuvent et ne doivent venir que des lumières contenues et cachées pour beaucoup de médecins dans les vérités religieuses et philosophiques qui forment depuis tant de siècles comme le patrimoine inaliénable du genre humain. Tant que certains écoliers, qui ont plus de zèle que de prudence, et qui feraient rire s'ils ne faisaient pitié, continueront à soutenir imperturbablement que le système nouveau est l'unique et dernière explication de tout, au lieu d'y voir tout simplement une traduction scientifique d'une vérité qui existait depuis long-temps dans les lettres, les arts et les religions; tant que des docteurs superbes, aussi maladroits qu'ignorans, établiront leur doctrine en opposition violente avec ce qu'il y a de plus sacré et de plus impérissable dans la conscience humaine, au lieu de la professer comme une preuve nouvelle de ce qu'il y a de vrai et de saint dans les traditions du passé: la phrénologie fera peu de prosélytes parmi nous : car, d'une part, les notions nouvelles seront assaisonnées de tant de mauvaises passions et de tant d'erreurs grossières, que les gens honnêtes et conséquens les rejetteront à cause de leur entourage; et, d'autre part, à chaque proposition des phrénologues, leurs adversaires opposeront victorieusement une autre proposition consacrée déjà par le nombre et par le temps. Chaque chose se développe ici-bas, la vérité comme l'homme, et de même que, dans l'évolution de l'être, la nature, pour opérer le progrès, ne détruit pas ce qu'elle a fait, mais le complète; ainsi, dans le rayonnement de la vérité, cette lumière de l'âme, la science ne doit pas isoler les rayons, mais les réunir en faisceaux. Tout se tient et s'enchaîne. L'ordre est la loi souveraine et la suprême beauté des choses. Les preuves basées sur l'ordre sont toujours les plus concluantes et les plus irréfragables. Aujourd'hui l'on invoque beaucoup l'autorité du fait. Mais qu'est-ce que le fait en lui-même, isolé de la cause qui le produit? Peu de chose si on l'admet, et rien

(1) Nous ne nous rendons point solidaires des idées de M. le docteur Romand; nous croyons les difficultés à opposer à la phrénologie plus grandes qu'il ne les croit. La seule responsabilité que nous acceptions, c'est celle de la bonne foi, de l'intelligence et du talent de notre collaborateur. Cette responsabilité-là, nous l'acceptons tout entière.

(*N. D. R.*)

si on le nie. Or, indépendamment des autres sources d'erreurs dans l'appréciation d'un fait, la différence des impressions engendre une semblable différence dans les jugemens qu'on porte sur ce fait et dans les conclusions qu'on en tire.

Voyez plutôt ce qui vient de se passer parmi ceux qui s'occupent de phrénologie, soit pour la combattre, soit pour la défendre, au sujet des têtes de Lacenaire, d'Avril et de Fieschi. Notre intention était de donner un résumé de ce qui avait été dit à ce propos; mais outre que c'est une question épuisée maintenant, nous ne voyons pas trop de quel interêt il serait pour nos lecteurs d'apprendre, supposé qu'ils ne le sussent pas encore, qu'un professeur de la faculté a pris pendant tout une séance la tête d'Avril pour celle de Lacenaire, et qu'il a déclamé en conséquence contre la phrénologie, et qu'un journaliste, dans l'examen du crâne de Fieschi, a pris la suture lambdoïde pour une dépression à l'endroit de l'organe nommé par les phrénologues estime de soi. M. Pinel Grandchamp a-t-il eu raison contre M. Bérard? M. Dumoutier a-t-il réfuté, avec avantage, M. Lélut? Nous le croyons, et d'après ce que nous avons lu, et d'après ce que nous avons vu; mais notre témoignage, après tout, n'a qu'une valeur individuelle. Et d'ailleurs pour faire partager à nos abonnés notre manière de voir, il faudrait d'abord leur soumettre les motifs de notre jugement, et pour cela nous servir de la terminologie des phrénologues, sorte de langue à laquelle sans doute grand nombre de nos lecteurs sont étrangers. Que les organes de l'estime de soi, de la sécrétivité, de la destructivité, nous paraissent très développés chez Fieschi, ainsi que chez Lacenaire; à quoi servirait de le dire, si nous ne commencions d'abord par initier ceux qui nous lisent à la connaissance de ces dénominations?

Ces réflexions nous avaient conduit tout naturellement à la nécessité d'exposer préalablement à nos lecteurs la science phrénologique, dans un résumé aussi rapide que possible. Nous nous disposions à remplir cette tâche, selon nos forces, lorsqu'on a annoncé que M. Broussais allait faire à la faculté plusieurs leçons sur la phrénologie. Dès lors, nous avons cru devoir attendre. Tout ce qui manque au célèbre professeur pour enseigner la phrénologie de haut et du point de vue de la synthèse, nous le savons; mais nous savons aussi qu'il ne laisse rien à désirer quant à la puissance de l'induction et à la clarté de l'exposition. Peu soucieux de la cause, c'est du moins un rude champion du fait. Pour asseoir dans le roc les fondemens d'une science, certes, rien ne lui manque du côté de la force et de l'audace. L'édifice qu'ont élevé Gall et Spurzheim, s'il ne l'exhausse pas d'un pouce, du moins en affermira-t-il la base et la débarrassera-t-il de tous les décombres qui l'environnent encore, et l'enterrent, pour ainsi dire. Nous nous bornerons donc d'abord à reproduire dans ce journal, succinctement mais avec fidélité, les leçons du professeur. Ensuite, quand les faits auront été établis et les notions premières, viendront des considérations d'un ordre plus élevé, prises dans les rapports de la phrénologie avec les autres branches des connaissances humaines. Enfin, nous terminerons la série de nos articles par la discussion des points contestés ou contestables de la science, par la réfutation, s'il y a lieu, des objections, soit particulières, soit générales, qui nous seront adressées. Il nous semble que cette division est simple en même temps que méthodique. En s'y conformant, la phrénologie peut recevoir dans ce journal les trois modes d'enseignement les plus propres à démontrer ce qu'il y a en elle de vrai et d'incontestable.

Premièrement, l'induction, l'exposition, l'analyse; le résumé du cours de M. Broussais remplira cette première partie.

Secondement, la déduction, la synthèse, la philosophie. Ce que le cours de M. Broussais laissera à dire sur ce chapitre, nous tâcherons de le compléter par des aperçus ou connus déjà, ou encore nouveaux dans la science.

Troisièmement, la discussion, l'objection, la critique : quoique cette partie ne vienne qu'après les autres, si, chemin faisant, l'occasion se présente de l'aborder, nous le ferons à notre convenance et pour la plus sûre édification de nos lecteurs.

DE LA SCIENCE PHRÉNOLOGIQUE.

Première partie. — Exposition de la doctrine.

Cours de M. Broussais. — Première leçon.

Sommaire. — *Considérations préliminaires.* — *Un mot sur les divers systèmes de pscychologie.*

Le nom du professeur et l'objet du cours avaient tellement rempli le grand amphithéâtre de l'école, qu'à peine si M. Broussais a pu entrer et qu'il a été obligé, comme il l'a dit lui-même, de laisser à la porte deux ou trois têtes d'idiots utiles à ses démonstrations. L'influence de M. Broussais sur les jeunes gens qui l'écoutent est curieuse à étudier. S'il remue si vigoureusement son auditoire, ce n'est pas tant par ce qu'il dit que par la manière dont il le dit. Ce qu'il avance est paradoxal quelquefois, et toujours incomplet. Mais il y a tant de conviction dans sa parole, tant de puissance dans son accent! chez lui la violence supplée l'enthousiasme, l'énergie remplace l'élévation. Que sa pensée soit vraie ou fausse, on sent toujours qu'il s'y dévoue avec entraînement et qu'il l'étreint avec passion. Et puis, il y a en lui un noble instinct de philosophie. Il ne s'emprisonne pas dans le cercle borné d'une spécialité de commande. Il tend à développer et relier les connaissances humaines dans un ensemble complet, dans un ordre général. Que l'ordre qu'il rêve ne soit que du mécanisme, que ses idées s'étendent au lieu de s'élever, cela tient sans doute à la nature de son organisation qui l'enchaîne, pour ainsi dire, à l'observation des faits et des phénomènes. Mais là, du moins, il marche toujours et ne marche pas à l'aventure; il a une voie, un mobile, un but. Le moyen qu'un pareil orateur n'impressionne pas vivement ceux qui l'écoutent? quand ce sont des jeunes hommes surtout; lorsque, de plus, il

parle d'une chose puissante par elle-même, sinon comme science, du moins comme curiosité, et qu'il se prend enfin au grand problème de la destinée humaine.

Voici l'analyse de la première leçon de M. Broussais. Nous essaierons de la reproduire fidèlement, avec la teinte de doctrine physiologique que l'illustre professeur ne manque jamais de donner à tout ce qui sort de sa bouche ou de sa plume.

Qu'est-ce que la phrénologie? — Une brochure nouvelle (1) répond que c'est un système de psychologie le plus complet qui existe et le plus en rapport avec les progrès des lumières. Malgré les termes flatteurs de cette définition, les médecins doivent la rejeter comme un éloge perfide. Pour eux la phrénologie, c'est la physiologie du cerveau.

Qu'est-ce que le cerveau? — Un centre nerveux, avec des expansions nerveuses qui s'irradient dans toutes les parties du corps, et un prolongement rachidien qui compose, avec l'encéphale, ce que les anatomistes ont appelé le système cérébro-spinal.

Action et réaction, ces deux mots résument, d'une façon générale mais vague, l'ensemble des fonctions du cerveau et de ses expansions. En effet, les objets extérieurs agissent sur les nerfs, qui transmettent au cerveau les stimulations diverses dont ils sont comme les conducteurs, et le cerveau excité réagit à son tour. Cette réaction a pour résultat divers phénomènes que les phrénologistes ont divisés, en instincts ou besoins physiques, en sentimens ou besoins moraux, en facultés intellectuelles, et en mouvemens, soit viscéraux, soit musculaires.

Il ne sera pas indifférent de jeter, avec le professeur, un coup d'œil rapide et fort léger sans doute, sur les divisions antérieures à celle que nous venons d'indiquer. Dès l'origine de la civilisation, l'homme, jugeant de son moral par l'impression des objets sur son être et la puissance de son être sur les objets, avait reconnu en lui-même deux choses distinctes, l'entendement et la volonté. Cette faculté, qui ne paraît point matérielle, indivisible au temps comme à l'espace, qui ordonne, avec la rapidité de l'éclair, nos mouvemens et nos pensées, on la nomma souffle, esprit, ψυχή. Plus tard, on en plaça le siége dans le cerveau. Mais on remarqua bientôt qu'on pouvait, en quelque sorte, disséquer l'esprit. Un sens de moins, par exemple, et une série d'idées de moins. Force fut donc d'admettre une première division : les sens. D'autre part, on disserta sur l'âme, et l'on reconnut que tous les hommes ne sentaient pas de la même manière, d'où la nécessité d'établir des divisions dans les facultés. Les philosophes grecs allèrent plus loin. Faisant la part du cerveau et celle des sens, ils dirent que les sens apportaient les idées, sur lesquelles le cerveau travaillait ensuite. Platon réalisa les idées. Selon lui, c'est Dieu qui les a produites : conçues dans son sein de toute éternité, il les en a tirées un jour pour en faire l'univers. L'idée était donc pour lui le phénomène principal. Dans toute cette leçon, M. Broussais a traité Platon et les autres philosophes dont il a parlé, avec une irrévérence qui prouve au moins une chose, c'est qu'il ne les a pas bien compris. Sans doute que du point de vue où il se place et au flambeau des lumières de l'époque, il y a bien des erreurs à reprendre dans les écrits de ces grands hommes. Mais il nous semble qu'il serait d'une philosophie plus prudente et plus compréhensive tout ensemble de rechercher plutôt les points de rapports de la science nouvelle avec ces admirables monumens de la pensée humaine. Plus tard, nous pourrons prouver qu'avec une intelligence plus nette du passé, plusieurs de ces assertions que l'ardent professeur s'est donné le plaisir d'attaquer à outrance, ne sont pas difficiles à concilier avec les explications de la phrénologie. Pour le moment nous nous bornons à l'analyse des enseignemens de M. Broussais.

Poursuivons. Aristote admit que les idées arrivaient par les sens au cerveau, lequel n'était avant qu'une table rase, une couche de cire, prête à recevoir des empreintes. Mais comme ces empreintes n'étaient pas les mêmes dans tous les hommes, on fut obligé de reconnaître des différences dans les couches de cire. On conclut donc à l'existence de dispositions diverses selon les divers individus, à des facultés particulières de l'esprit, dans les différens membres de la famille humaine; et comme ces facultés et ces dispositions n'étaient pas acquises mais naturelles, on les appela idées innées. Association vicieuse de mots et source intarissable de confusions et de disputes! En effet, d'où a-t-on tiré le mot idée? de *idea*, image; l'homme ayant remarqué qu'après avoir vu une chose, il pouvait la voir encore en fermant ou détournant les yeux, et se la représenter à volonté; sorte d'image qui se répétait dans son cerveau, espèce d'empreinte qui se moulait sur la table rase d'Aristote; d'autre part, les philosophes ayant observé dans les hommes des mobiles qui faisaient tourner leurs esprits tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, les nommèrent idées innées. Tels étaient l'amour, la haine, certains goûts ou certaines répugnances. Tout cela pourtant ne se trouve pas dans les choses extérieures, et n'est nullement comparable avec les images que fournissent les sens. De là, guerre parmi les philosophes, les uns soutenant que toute idée venait des sens, et les autres qu'on avait des idées innées. Il y avait du vrai dans les deux assertions, puisque les idées, en tant qu'images, arrivent au cerveau par les sens, et que les penchans, en tant que naturels, sont des dispositions innées.

Aristote régnait encore dans les écoles quand Descartes parut. Il posa l'existence du moi, avant les idées, avant les penchans; et recherchant quel sens il fallait attacher à ce mot, c'est, dit-il, moi qui reçois, qui juge les idées, qui en crée même. D'où pour lui une troisième classe d'idées, les idées factices. Mais encore enfermé dans le cercle tracé par les anciens, il érigeait aussi les jugemens en idées.

Locke assigna aux idées deux origines, les sens et la réflexion. Chez lui les idées perdent

(1) C'est probablement le livre de M. Lélut, travail estimable à plusieurs titres et dont nous aurons l'occasion de parler par la suite.

encore de leur importance; il en distingue nettement les penchans et la volonté.

Kant, sans rejeter les idées, s'arrêta spécialement et de préférence sur le mobile intérieur, soutenant que l'homme n'est pas seulement au monde pour apprendre et savoir au moyen de ses sens, mais qu'il a des impulsions intérieures qui lui donnent le sentiment du beau, du juste, du vrai.

Enfin, l'école écossaise (Hutcheson, Reid et Dugald Stewart), approfondissant davantage la question, ne trouva pas des relations suffisantes entre ces prétendus sentimens du vrai, du juste et du beau et les idées ou images des corps. Elle entreprit de fonder une psychologie sur le sens commun. A force d'observer les manifestations de l'âme dans ses divers procédés, à force d'interroger les divisions spontanées des diverses facultés humaines dans le langage, elle est arrivée à une classification très peu différente de la classification phrénologique.

Cours de M. Broussais. — Deuxième leçon.

Sommaire. — *Suite des généralités.* — *Etude des facultés dans l'évolution de l'homme et l'échelle animale.*

Maintenant que nous avons divisé, avec les phrénologues, les facultés, il faut tâcher de suivre leur développement dans l'évolution de l'homme, à travers tous les âges, depuis l'utérus jusqu'à l'âge adulte.

1° Les sensations. — Autrefois l'on ne comptait que des sensations externes; mais puisque l'embryon se remue dans le sein de sa mère, il est à présumer que déjà son cerveau reçoit des stimulations venues de l'intérieur des organes viscéraux, à la suite desquelles l'encéphale, en réagissant, produit des mouvemens. Après la naissance, les sens sont mis en rapport avec le monde extérieur : origine des véritables sensations, des sensations externes, que l'on distingue en cinq classes, selon les impressions différentes qu'elles transmettent au cerveau, le tact, le goût, l'odorat, la vue, l'ouie.

Si les sensations transmettent au cerveau les stimulations extérieures, les transmettent-elles au moment de la naissance comme elles les transmettront plus tard? Evidemment non. Elles sont d'abord imparfaites, parce que, d'une part, l'éducation des organes externes de la sensation n'est pas faite encore, et que, d'autre part, la sensation ne s'adresse pas encore à l'intelligence, mais à l'instinct seulement.

2° Les instincts. Qu'est-ce que l'instinct? C'est cette même puissance qui forçait l'enfant à se mouvoir dans l'utérus, avec cette différence qu'au lieu d'être uniquement influencée par l'excitation interne ou besoin, elle l'est encore par la stimulation externe ou sensation. Ainsi, par exemple, l'enfant a soif, qu'on l'approche du mamelon, il tétera naturellement et d'instinct.

L'enfant se développe; ses sens s'habituent aux objets extérieurs; leur éducation se fait petit à petit. Ils transmettent au cerveau des idées des corps, plus nettes, plus précises. Nous avons vu que idée signifiait image. Le terme n'est donc pas d'une exactitude satisfaisante, puisqu'on l'applique indifféremment et aux images des corps que l'on voit et aux impressions des objets qu'on touche et qu'on entend.

On peut distinguer trois modes dans l'action réciproque des corps et du cerveau. On sent d'abord, l'on perçoit la présence du corps, c'est la sensation même, l'impression proprement dite : puis, l'on se rappelle l'objet absent; c'est la mémoire: enfin, on peut même quelquefois le reproduire, image ou son, par exemple; c'est la représentation. Ici se dessine déjà comme une ébauche des facultés intellectuelles, dans ces phénomènes, premiers usages des perceptions ou sens internes, qui ne sont pas l'intelligence, mais qui en sont les instrumens. A la vue, au toucher des corps, après la sensation, en un mot, les hommes sont diversement affectés, ou autrement, le même homme est affecté de différentes manières, tantôt de peine, tantôt de plaisir, de dégoût pour un objet et pour un autre d'appétence. D'où cela vient-il? De la réflexion? Non, certes, mais de l'instinct. Nous voici sur la limite de besoins plus élevés.

3° Les sentimens. L'homme tend à devenir un être sociable. De nouvelles forces se montrent en lui, telles que les sentimens d'amitié, d'émulation, de respect, etc., qui se développent à la suite des instincts avant l'intelligence. Inutile d'ajouter que ces forces réagissant sur les impressions des corps déjà acquises, il en résulte des affections nouvelles, analogues à celles qui sont nées déjà de l'action réciproque des idées et des instincts, mais plus relevées et plus complètes.

Avant de passer outre, il sera peut-être bon de répondre un mot à une objection du philosophe Hume contre l'existence des corps. Puisque nous ne connaissons les corps que par nos impressions, disait le philosophe anglais, nous ne pouvons donc point avoir la certitude de leur existence. La certitude absolue, à priori? Eh! non, sans doute. De quoi, par exemple, avons-nous une pareille certitude? Elle n'appartient qu'à l'être nécessaire, à la cause des causes. Mais la certitude relative, morale, de l'existence des corps, celle-là nous l'avons, basée sur la conviction invincible, sur l'inébranlable croyance où nous sommes qu'ils existent. Car pour exister nous-mêmes, pour vivre, il nous faut croire à ce qui nous entoure. Si l'enfant doutait un instant, il mourrait de son doute. Arrière donc, sophiste! s'écrie le professeur. L'existence des corps? Fait primitif, inexplicable, mais qui explique la vie, mais qui explique tout!....

Continuons. L'homme a senti, a goûté, a entendu, a touché, a vu les objets qui l'entourent; il a obéi aux impulsions de son instinct, il s'est élevé de toute la puissance de ses sentimens : que lui manque-t-il encore?

4° L'intelligence. Par elle non seulement l'homme percevra les êtres, mais les connaîtra dans leur nature, dans leur cause, dans leur but, autant du moins qu'il lui sera donné de le faire. Rapprocher les êtres entre eux pour les comparer ensemble, et les juger dans leurs rapports ou dans leurs dissemblances; sonder les choses en elles-mêmes, pour descendre de la cause à l'effet ou remonter de l'effet à la

cause, le pourquoi et le comment, la comparaison et la causalité, voilà les deux facultés dont se compose ce que les phrénologues ont particulièrement nommé intelligence.

Mais que l'on ne croie pas que cette intelligence soit toujours la maîtresse au logis, comme parle Montaigne. Venue en quelque sorte la dernière, elle n'est vraiment reine que dans quelques rares organisations. Dans la plupart des hommes, elle est courbée, pour ainsi dire, sous le joug des instincts et le despotisme des sentimens. On peut même établir en proposition générale, que les instincts et les sentimens sont les premiers et les plus puissans mobiles de l'homme, et que l'intelligence n'a que la seconde place : vérité qu'ont trop méconnue les philosophes, comme le professeur n'a pas manqué de le dire, et que la phrénologie a démontrée scientifiquement; vérité, du reste, ancienne dans le monde, le professeur a oublié de le dire, puisqu'elle est la base humaine des institutions sociales et religieuses.

Et donc, nous avons divisé les facultés en trois ordres bien distincts. Entrons maintenant dans une considération physiologique. Nous avons vu qu'il y avait des sensations externes et des sensations internes, celles-ci aveugles et poussant à l'action, celles-là lucides en quelque sorte et modifiant les objets extérieurs pour les graver dans le cerveau. Est-ce l'organe du sens externe qui perçoit la sensation? Non assurément, puisque cet organe étant parfaitement sain, il arrive souvent qu'une lésion quelconque du cerveau enlève la perception. L'organe extérieur n'est donc, comme l'indique le mot, que l'instrument de la perception, que le conducteur de la sensation. Il y a donc une portion du cerveau destinée à opérer le phénomène de la perception. Faute de savoir cela, la physiologie du dernier siècle est tombée dans plus d'une erreur; tandis que la physiologie actuelle a nettement fait la part des sens et celle du cerveau.

Ainsi nos sens engendrent nos perceptions par les êtres qu'ils représentent; aux cris de nos besoins nos instincts se réveillent et s'emparent des objets qui les entourent, ou les repoussent, selon leur convenance; nos sentimens se développent et s'élèvent, et l'intelligence, en mettant l'ordre et la lumière dans notre âme, vient nous révéler notre nature et celle de l'univers.

Ce n'est pas ainsi que les philosophes du dernier siècle et même de ce siècle-ci ont expliqué l'homme. Les uns y ont distingué deux choses, l'entendement et la volonté; l'entendement qui se compose de l'attention, de la comparaison et du raisonnement; la volonté, qui comprend le désir, la préférence, la liberté. Nous verrons par la suite que toutes ces divisions ne répondent à rien de clair ni de précis, au point de vue de la science, et que celles-ci se rapportent à des facultés tandis que celles-là ne sont que des modifications dans l'exercice de ces facultés. Les autres ont placé l'essence de l'homme dans la conscience, le moi, reconnaissant du reste que cette conscience était sujette à des absences, et qu'ainsi le moi, l'homme était intermittent; ils ont distingué dans la conscience des faits sensitifs, des faits de connaissance et des faits de volonté. Ce qu'il y a de fondé dans ces divisions se rencontre plus explicitement dans les divisions de la science nouvelle.

Que si maintenant nous parcourons l'échelle animale, nous y trouverons encore, dans la manière dont la nature y a distribué les nombreuses et diverses facultés qu'elle a réunies dans l'homme, une preuve nouvelle de la justesse de nos observations. Au premier degré de l'échelle, presque sur les limites du règne végétal, dans les infusoires, par exemple, à peine remarque-t-on quelques indices de la vie, ou plutôt de la chimie organique, comme on l'a appelée. La faculté de sentir et celle de se mouvoir sont confondues, et l'on ignorerait son existence, sans les légers frissonnemens de l'animal, quand on le touche.

Un degré plus haut, dans les annélides, on commence à trouver une espèce de tact. Pour eux le monde extérieur existe en partie. Ils ont un nerf intérieur, premier rudiment d'un système nerveux ganglionnaire. Ils bougent enfin et se déplacent.

Plus haut encore, dans les mollusques, nous découvrons une ébauche des sens, l'examen des objets environnans, la fuite du danger, la trace enfin des premiers instincts.

Nous ne sommes encore qu'au quatrième degré, et nous avons déjà dans les insectes des sens très marqués; la vue, par exemple, dont l'organe interne forme quelquefois à lui seul tout ou presque tout le cerveau.

Puis, chez les poissons et les reptiles, nous observons les instincts largement développés; la ruse, la patience, l'aptitude, l'attaque de la proie, si elle est plus faible, et dans le cas contraire, la fuite du danger, un indice de délibération, l'esquisse informe des facultés intellectuelles, et comme l'origine des sentimens, dans les penchans qui portent plusieurs d'entre eux à s'associer, ou, pour parler plus juste, à se réunir.

Enfin, les oiseaux et les mammifères, à des instincts pleinement développés, à des sens externes aussi nombreux et souvent plus complets que ceux de l'homme, à des perceptions internes nettement accusées, joignent quelques penchans supérieurs ou sentimens.

Depuis le zoophyte jusqu'au mammifère, l'homme, avant sa naissance, passe par tous les degrés de cette échelle, résumé et complément de la création. A quoi tient particulièrement sa supériorité? A la perfection de ses sens, comme le soutenaient certains philosophes du dix-huitième siècle? Mais sous ce rapport, combien d'animaux sont plus libéralement doués que lui! L'aigle a la vue plus perçante, le chien l'odorat plus fin, le chat l'ouïe plus délicate. Est-ce à la puissance de ses instincts? Mais en ceci encore l'organisation de plusieurs classes d'animaux l'emporte sur la sienne. Ce qui le distingue, ce qui en fait un être à part et tout-à-fait supérieur, c'est le nombre et l'élévation de ses sentimens, c'est son intelligence.

Cours de M. Broussais. — Troisième Leçon.

Sommaire. — *Fin des généralités. — Que les différentes facultés précédemment établies ne s'expliquent ni ne suppléent les unes par les autres; que c'est là une erreur du dix-huitième siècle; que la phrénologie n'implique nullement le matérialisme.*

Après avoir reconnu dans l'homme, avec les sens, les instincts et les penchans des mieux organisés d'entre les animaux, le don suprême de sentimens plus relevés et la lumière de la raison; après avoir marqué deux degrés dans l'intelligence, l'un inférieur et qui se rapporte aux idées des êtres et à la faculté de communiquer ces idées, l'autre supérieur et qui embrasse les rapports des êtres et la recherche des causes; il reste à s'assurer s'il y a des signes diagnostics des divisions précédemment établies. Que ces diagnostics soient plus ou moins sensibles, qu'en raison de leur organisation ils échappent constamment à beaucoup d'hommes, que l'homme le plus exercé et le mieux organisé puisse souvent se tromper dans l'interprétation de ces diagnostics : la question n'est pas là. Où est la science qui n'offre pas ces chances d'erreur? On parle beaucoup des sciences exactes, sans songer que la certitude de ces sciences, si elle existe dans les choses qu'elles enseignent, n'est jamais dans les personnes qui les appliquent. Ce sont des sciences exactes que l'astronomie et l'algèbre; et pourtant, quel est le savant qui ne se trompe pas quelquefois dans la solution d'une équation et dans l'appréciation d'un fait astronomique? Quoique la phrénologie ait plus d'un rapport avec les sciences exactes, et notamment avec la géométrie et l'algèbre, nous ne voulons pas dire que ce soit une science exacte. Qu'elle a du moins ou qu'elle atteindra le degré de certitude de quelques branches des connaissances médicales, de la pathologie, par exemple; voilà ce que nous prétendons. Démontrer qu'il y a des organes différens pour les différentes facultés, et que, dans la majorité des cas, on peut les reconnaître à certains signes, voilà l'objet spécial de ce cours. Avant de demander à l'autorité des faits et à la souveraineté de l'empirisme les preuves de cette proposition, nous allons en finir avec les généralités, sorte de questions préjudicielles qui, dans beaucoup d'esprits, l'emportent sur la question principale.

Les diverses facultés peuvent-elles s'expliquer et se suppléer les unes les autres? L'expérience et l'observation prouvent le contraire. Mais on l'a cru long-temps : erreur capitale, sur laquelle a été fondé en partie le système philosophique du dix-huitième siècle, lequel prétendait tout expliquer par la sensation, d'où le nom de sensualisme qui lui est resté. On ne voyait dans ces opérations de l'âme que des transformations, que des transfigurations successives de la sensation. Peut-être se laissait-on abuser par certaines manières de dire, n'ayant égard qu'à des formules usuelles des langues : *Je sens la beauté de ces traits; je sens le mérite de ces vertus; je sens la justesse de ces idées*, etc. Peut-être aussi que ces formules, que le professeur prend pour une cause, n'étaient qu'un effet, car il est à remarquer qu'elles n'ont jamais été plus communes que dans les ouvrages des écrivains d'alors. Quoi qu'il en soit, le sentir n'explique pas plus l'intellect que les sentimens et les instincts, puisque le sentir est dans tous les degrés de l'échelle zoologique, tandis que les autres y sont distribués par échelons et ne se trouvent rassemblés que dans l'homme.

Pourquoi un siècle aussi éclairé que le dix-huitième siècle s'est-il si étrangement trompé? C'est, dit le professeur, qu'on a supposé résolu ce qui était en question. On a dit qu'il y avait dans la tête de l'homme quelque chose qui opérait sur le sentir, de là tous les phénomènes moraux, qui recevait les idées et les travaillait; de là les phénomènes intellectuels : sorte d'homme intérieur jugeant dans le premier cas les intérêts, et dans le second, les rapports. Une seconde école, tout en convenant que le sentir peut bien expliquer l'intelligence, donnait aux sentimens moraux une autre origine. Dans ces deux hypothèses on suppose toujours un homme dans l'homme, une entité, matérielle ou immatérielle, qu'on place dans le cerveau, tantôt ici, tantôt là, dans la glande pinéale ou dans la protubérance annulaire, dans le corps calleux, ou dans les ventricules, pour être plus à l'aise.

L'école phrénologiste, au contraire, avance que la seule explication possible de ces phénomènes, au point de vue de la science, se trouve dans l'organisation cérébrale. Mais, direz-vous, ceci nous conduit au matérialisme. Eh! non, Messieurs, s'écrie le professeur. Est-ce que nous nions la cause première? Qu'elle soit immatérielle, nous le voulons bien. Nous ne prétendons pas contester au Créateur le droit d'animer son chef-d'œuvre d'un souffle tout particulier. Après le calorique, la lumière, l'électricité, les fluides impondérables connus ou inconnus, il y a quelque chose d'impalpable, d'invisible, de spirituel; c'est possible. La phrénologie ne s'attaque pas aux doctrines spiritualistes, mais aux divagations ontologiques; ce n'est point la négation de l'âme, mais l'affirmation de la matière. Ils admettent, nos adversaires, qu'il faut un cerveau pour penser; nous ajoutons que ce cerveau est multiple. Si le matérialisme est quelque part, c'est dans l'admission nécessaire d'un organe matériel de la pensée, et point dans la subdivision de cet organe. Ceci seulement, c'est un changement d'explication, et voilà tout. Non, encore une fois, la doctrine phrénologique n'est pas plus matérialiste que d'autres écoles philosophiques, et l'est beaucoup moins que d'autres écoles médicales.

H. Romand, D. M. P. (1)

(1) Le cours de phrénologie de M. Broussais vient d'être suspendu par ordre supérieur!

Le Directeur de service J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° XII. — JUIN 1836.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Mémoire sur l'emploi du vésicatoire sur les paupières, dans le traitement de certaines espèces d'ophthalmies (1). (Suite.)

En résumé donc, on peut dire, d'après l'expérience, comme *à priori*, que le vésicatoire volant sur les paupières est un remède à essayer :

1° Dans les ophthalmies aiguës, et spécialement;

2° Dans la conjonctivite oculaire, qu'il dissipe en six à douze jours, qu'il y ait ou non chemosis;

3° Dans l'inflammation de la conjonctive et de la sclérotique combinée, avec ou sans altération diffuse de la cornée;

4° Dans la kératite avec suffusion, qu'il dissipe aussi complétement;

5° Dans la kératite avec hypopion commençant, ou avec épanchement de lymphe plastique, qui ne lui résiste guère davantage;

6° Dans la kératite ulcéreuse, pour éteindre l'inflammation, favoriser la détersion de la surface traumatique, et réduire autant que possible l'opacité qui doit en résulter;

7° Dans la kératite purulente, suite de plaie ou de l'opération de la cataracte par extraction; mais presque uniquement dans le but de borner l'extension de la suppuration et de préserver l'intérieur de l'œil;

8° Dans la kératite avec iritis simple et récent;

9° Dans la kératite avec iritis intense et coarctation de la pupille, quoiqu'il n'en prévienne pas toujours les suites;

10° Dans la kératite avec ophthalmie intense profonde;

11° Enfin, au début des épanchemens, soit traumatiques, soit inflammatoires de l'intérieur des chambres oculaires, pour peu que ces épanchemens soient encore liquides ou diffluens.

Ces corollaires nous ramènent par conséquent au point où l'anatomie et la physiologie nous avaient d'abord conduit. La théorie est ici entièrement confirmée par la pratique. Nous pouvons dire maintenant que l'observation recueillie au lit des malades justifie pleinement la conclusion générale suivante; savoir : que toutes les inflammations aiguës de l'œil ou de ses dépendances, alimentées par les vaisseaux ciliaires et musculaires, sont avantageusement combattues par l'application d'un vésicatoire volant sur le devant de l'orbite.

(1) Voir le cahier d'août 1835.

On a pu voir en même temps qu'il n'y a rien ou que peu de chose à attendre de ce moyen dans les ophthalmies anciennes, ou partielles et peu étendues, dans les nombreuses variétés de la kératite chronique en particulier, dès que la cornée s'est laissé pénétrer de vaisseaux ou dénaturer par des taches profondes; dans les différentes sortes d'iritis qui n'ont jamais été franchement aiguës, ou à partir du moment où la prunelle est immobile et manifestement déformée; enfin, que dans la kératite avec déperdition de substance ou plaie pénétrante de la cornée, on ne doit pas espérer non plus qu'il puisse empêcher la formation de cicatrices, de taches, des altérations de tissu que laissent inévitablement à leur suite ces sortes de maladies, de quelque manière qu'on parvienne à les guérir. Il résulte encore des détails qui précèdent, que je n'ai tenu compte jusqu'ici que du siége précis et du degré de la phlegmasis, en parlant des vésicatoires dans le traitement des ophthalmies. Nul doute cependant que la nature et les causes de ces maladies ne doivent être prises aussi en grande considération; que l'ophthalmie blennorrhagique, que l'ophthalmie syphilitique, l'ophthalmie épidémique, l'ophthalmie scrofuleuse, l'ophthalmie arthritique, toutes les ophthalmies spécifiques, en un mot, ou celles qui sont entretenues par un état général de l'économie, ne doivent modifier plus ou moins l'action du vésicatoire et réclamer l'emploi simultané de quelques autres moyens thérapeutiques; mais j'ai voulu avant tout prendre la question dans son élément le plus simple et le plus général tout à la fois, me réservant de traiter par la suite de chacun des autres en particulier.

Voici actuellement les observations qui peuvent servir de preuve à ce que j'ai avancé jusqu'ici. Elles ont été recueillies en ma présence par MM. Lebatard, Poumet, Loreau, Lacombe, Piégu, Agneli, Monnier, Marchaisseaux, Tiger, Regnauld et Sarail. Ces observations renferment d'ailleurs beaucoup de détails dont je pourrai faire usage plus tard, mais qui sont tout-à-fait étrangers au but que je me propose et sur lesquels il serait inutile de s'appesantir aujourd'hui. Je dois prévenir en outre qu'il s'est glissé de la confusion dans les renvois de la première partie de ce mémoire. Les observations indiquées sous les chiffres

3, 2, 27, 4, 7, 5, 9, 16, 17, 24,

sont représentées ici au contraire sous les numéros 2, 4, 25, 10, 7, 11, 12, 15, 19, 40;

J'engage donc le lecteur à vouloir bien faire cette rectification.

Ire Observation, par M. Lacombe. — *Conjonctivite. Chemosis suite de couche. Syphilis.*

Marie Prochet, âgée de trente-six ans, brunisseuse, entrée le 20 avril, sortie le 6 mai.

La malade, assez forte, jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a neuf ans, qu'à la sortie de sa deuxième couche, elle fut prise d'une ophthalmie assez violente; à sa troisième couche elle n'a rien éprouvé. Il y a un mois qu'elle est accouchée pour la quatrième fois. Aujourd'hui il existe encore un peu d'écoulement en blanc. Elle n'avait rien éprouvé aux yeux, il y a huit jours, quand, faisant fondre de la graisse dans sa poêle, il lui en est sauté quelques gouttes dans l'œil droit; cet accident n'eut pas de suites immédiates, car un instant après, la malade put ouvrir l'œil et s'en servir comme auparavant. Cependant quelques heures plus tard, elle s'aperçut d'un brouillard avec picotement et larmoiement; elle se bassina avec de l'eau fraîche. Son œil devint plus rouge; le lendemain les symptômes avaient augmenté; l'œil gauche a été pris le troisième jour. Les jours suivans la rougeur et le gonflement ont persisté; la malade a fait usage de fromage à la crême en cataplasmes; de feuilles et d'eau de laitue, de lotions avec l'eau-de-vie étendue d'eau, de bains de pied sinapisés, de sangsues.

Le 21, à la visite, les paupières supérieures sont rouges, tuméfiées; la conjonctive, fort épaissie, est très rouge, injectée dans certains points plus que dans d'autres; la sclérotique est un peu vascularisée; la cornée offre une teinte vert d'eau; il y a un larmoiement abondant, de la photophobie. Un vésicatoire sur chaque œil.

Le 22, les vésicatoires ont bien pris; les yeux sont fermés; les paupières collées; les douleurs n'ont pas été bien vives. Cérat, charpie.

Le 23, la surface des vésicatoires est rouge et purulente; on ne fait pas ouvrir les paupières; douleurs nulles dans les yeux et la tête. Cérat, charpie; cataplasmes le soir.

Le 24, les vésicatoires sont secs dans presque toute leur étendue; les paupières sont encore tuméfiées et raides. La malade ouvre difficilement les yeux; la vue est bonne; la cornée est nette. La vascularisation a diminué surtout à gauche. Cataplasmes.

Le 25, même état; rougeur assez intense de l'œil droit. Frictions mercurielles.

Le 29, les paupières sont moins tuméfiées; la malade les ouvre plus facilement.

Le 30, les paupières sont souples et mobiles; injection d'un rouge intense, violacé, de toute la conjonctive; écoulement peu abondant de matière purulente.

Le 1er mai, même état. Potion purgative.

Le 3, un second purgatif.

Le 4, moins de rougeur dans la moitié supérieure du globe de l'œil. Solution de nitrate d'argent.

Le 6, la conjonctive est beaucoup moins injectée, surtout en haut; les paupières sont encore un peu rouges, sans tuméfaction; de la sérosité jaunâtre s'écoule toujours des yeux.

La malade veut sortir.

IIe Observation. — *Kératite diffuse aiguë. — Chemosis avec teinte grisâtre de la conjonctive.*

Une femme, âgée de trente-deux ans, assez bien constituée, accouchée pour la troisième fois, quatre mois auparavant, entrée dans mon service à la Pitié au mois de janvier 1835, était affectée depuis huit jours d'une double ophthalmie très aiguë: céphalalgie intense; larmoiement âcre; photophobie; mouvement fébrile; langue sale; inappétence; cornées légèrement troubles, sans ulcères; conjonctive oculaire boursouflée, comme infiltrée de lymphe purulente; paupières saines. Rien n'avait encore été essayé. Une forte saignée, trente sangsues aux tempes et un purgatif prescrit les trois premiers jours, n'amenèrent aucune amélioration. Je n'hésitai plus à faire appliquer un large vésicatoire sur le devant de chaque orbite et sur toute la face cutanée des paupières. Loin de s'en plaindre, la malade fut la première à s'écrier, dès le lendemain, qu'elle se trouvait considérablement soulagée. En écartant les paupières, le troisième jour, nous pûmes constater que la conjonctive était affaissée, et que déjà le blanc de la sclérotique était en partie à découvert. Trois autres jours ont ensuite suffi pour compléter la guérison, et la malade est sortie le septième jour dans un état de santé parfaite.

IIIe Observation. — *Kératite diffuse récente.*

Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, malade depuis onze jours et sans cause connue, fut admis à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 6, au mois de février 1835, pour une double ophthalmie. Il y avait douleur avec battemens au fond de l'orbite et aux tempes, teinte verdâtre de la cornée, sans ulcération, injection vive du réseau ciliaire de la sclérotique, et vascularisation sans boursouflement de la conjonctive oculaire; l'état général du sujet est bon et n'offre rien de particulier à noter. Un vésicatoire volant est placé immédiatement sur chacun des yeux. Le jeune homme en est vivement effrayé. Le lendemain, il prétend que ses yeux sont *crevés*. Anxieux de voir ce qui en était, je m'empressai d'entr'ouvrir les paupières. Les yeux étaient intacts et manifestement moins enflammés. Les phlyctènes du vésicatoire en avaient imposé au malade en se déchirant. L'injection de la conjonctive et de la sclérotique, la suffusion et la teinte *vert d'eau* de la cornée se sont graduellement éteintes. La guérison était complète le huitième jour.

IVe Observation. — *Même genre.*

Un autre jeune homme, âgé de vingt ans, entré quatre jours plus tard et couché au n° 9 de la même salle, nous a offert un exemple de tous points semblable au précédent. La maladie affectait les mêmes tissus, en était au même degré et présentait exactement le même caractère. On l'a aussi traité par les vésicatoires, et le résultat n'a été ni moins rapide, ni moins satisfaisant.

Ve Observation, par M. Poumet. — *Ophthalmie catarrho-rhumatique.*

Marie Morand, âgée de quarante-six ans,

blanchisseuse, est entrée à la Pitié le 29 août, salle Saint-Jean, et couchée au n° 1. Depuis un an elle travaille avec excès, en passant des nuits, se tourmentant, se querellant, se mettant souvent en colère. D'abord les règles se supprimèrent et furent huit mois sans reparaître; des maux de tête violens et continuels survinrent il y a trois ou quatre mois. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 juin, la malade y resta jusqu'au 27 juillet, et là elle prit des bains, fut purgée; on plaça un vésicatoire à l'arcade sus-orbitaire gauche; on le saupoudra d'acétate de morphine à chaque pansement. Ces traitemens divers procurèrent un peu de mieux. La malade sortit de l'hôpital le 27 juillet. Lors de son entrée à la Pitié on remarque que les douleurs de tête sont moins vives, et qu'elles ont leur siége au dessus des arcades sus-orbitaires. Le larmoiement est considérable et continuel; la lumière diffuse, le soleil, la lampe causent une impression très douloureuse; l'insomnie est complète et cela depuis trois mois.

Au dessus du sourcil gauche, il y a un galon croûteux, suite du vésicatoire; les cils sont agglutinés par mèches; les bords palpébraux sont épaissis; dans le grand angle de l'œil se ramasse une chassie blanchâtre, croûteuse; les deux conjonctives oculaires sont injectées, la droite surtout, qui est excessivement rouge; on ne peut voir que difficilement l'injection de la sclérotique; les cornées ne sont pas ulcérées, mais elles présentent une suffusion très sensible; la vision est troublée, surtout dans l'œil droit; la pupille est mobile aux deux yeux, quoique lente à exécuter ses mouvemens; les ailes du nez sont rouges; la muqueuse nasale donne à la malade le sentiment d'un épistaxis prochain; mais il n'y a pas de croûtes.

Le 29, on place un vésicatoire à la nuque.

Le 30, solution de nitrate d'argent à un grain.

Les règles ont reparu ce matin et coulent comme de coutume.

Le 2 septembre, le vésicatoire cause des douleurs excessives; on le supprime pour en appliquer un sur le devant de chaque orbite.

Le 3, on croit remarquer un peu de mieux, un peu moins de suffusion.

Le 5, la malade se trouve mieux encore; on fait sécher les vésicatoires.

Le 9, la malade va beaucoup mieux; la vision est distincte, ne cause plus de douleurs; peu de larmoiement.

Il n'y a plus de maux de tête.

Le 10, le mieux se soutient.

Le 11, la malade a été prise de vomissemens, de diarrhée; elle n'a pas dormi.

Eau de riz, potion calmante avec dix gouttes de Rousseau; quinze sangsues sur l'abdomen.

Le 13, les vomissemens, la diarrhée, se sont arrêtés, la malade a dormi une partie de la nuit; les yeux sont tout-à-fait guéris.

Le 14, la malade est remise de son indisposition et sort de l'hôpital.

VIe Observation, par M. Piégu. — *Kératite et conjonctivite. — Iritis.*

Vincent Charbonnier, âgé de quarante-deux ans, scieur de long, est sujet à des affections rhumatismales. Il entre à l'hôpital le 14 février 1835; sa constitution et sa santé générale sont bonnes. Depuis deux mois il éprouve de la céphalalgie sus-orbitaire; il y a trois semaines que ses yeux devinrent rouges; larmes d'abord en petite quantité, bientôt plus abondantes; picotemens et sensation de sable dans les yeux; photophobie; la céphalalgie sus-orbitaire est augmentée. Entré le 17 à la clinique, il présente une inflammation des deux conjonctives oculaires assez intense. Celle du côté gauche était plus vive. L'iris est également pris. Les pupilles sont fortement contractées. Vésicatoire sur l'œil gauche. Depuis lors, cet œil alla mieux, mais le droit s'enflamma davantage. Du reste, il n'existe aucune complication dans les autres tissus de l'œil; point de réaction générale; appétit à peu près normal.

Le 25, l'œil droit est devenu plus rouge et plus douloureux; photophobie très prononcée; larmoiement abondant; l'œil est toujours fermé. Le malade sent comme une *barre* en dedans de la paupière. Vésicatoire sur le devant de l'œil droit.

Le 28, cet œil est remarquablement mieux.

Le 5 mars, l'ophthalmie est presque entièrement guérie. L'iris paraît verdâtre, principalement celui du côté droit; les pupilles sont irrégulières; plus de douleurs.

Le 6, le malade sort guéri de son ophthalmie. La couleur verdâtre de l'iris, l'irrégularité des pupilles persistent.

VIIe Observation, par M. Tiger.—*Ophthalmie catarrho-rhumatique ou kératite diffuse.*

Auguste Lamperin, âgé de trente-trois ans, autrefois boulanger, aujourd'hui teinturier, entré à l'hôpital le 22 mars 1835, était sujet depuis plusieurs années à des ophthalmies qui revenaient par intervalle et duraient de quinze jours à un mois. Une d'entre elles dura six mois. Celle dont il est atteint a déjà duré près d'un mois et a été traitée sans succès par les saignées, les sangsues, tant à l'anus qu'aux tempes; les vésicatoires, les purgatifs et les lotions d'eau de guimauve. Aujourd'hui il présente une vive rougeur des bords et de la face interne des paupières; la conjonctive oculaire est fortement injectée, mais en diminuant du pourtour de l'orbite vers la cornée; il y a un peu de photophobie; le matin les paupières sont fortement collées. En examinant avec soin on trouve à l'œil gauche, directement au dessous de la cornée, une de ces taches blanches que les Allemands disent ne jamais exister qu'à la partie externe. Il n'y a rien de changé dans l'état de la cornée, si ce n'est une légère teinte vert d'eau. Le malade est en outre sujet à de fréquens maux de tête, dont le siége variable s'établit le plus souvent aux tempes et au fond des orbites. (Instillation matin et soir de solution de nitrate d'argent à un grain dans les yeux.)

Le 24, un peu moins de rougeur et de souffrance le soir que le matin. (Continuation de la solution et de plus frictions avec la pommade mercurielle autour des orbites.)

Le 26, la rougeur ne diminue plus; la langue est un peu jaune, surtout en se rapprochant de la base. Le malade dit avoir eu un peu de fièvre

le soir. (Suspension du traitement local; saignée de ℥x, eau de Sedlitz une bouteille.)

Le 29, le nitrate d'argent et la saignée ont amélioré l'état de l'œil gauche; l'œil droit n'a éprouvé aucun changement. Les conjonctives palpébrale et oculaire sont fortement injectées, au point que les vaisseaux variqueux ne permettent qu'avec peine d'apercevoir la couleur blanche de la sclérotique, qui, elle-même, offre de l'injection. Le bord des paupières est rouge; les cils de la paupière inférieure sont collés entre eux et sur la peau; la pupille est contractée et n'a qu'une ligne de diamètre environ. Vision troublée, larmoiement, photophobie. (Vésicatoire de trois pouces de diamètre sur l'œil droit.)

Le 30, la douleur produite par le vésicatoire n'a pas augmenté l'inflammation de l'œil. Le malade se plaint de coliques. (Pansement du vésicatoire avec linge troué enduit de cérat, puis charpie par dessus; lavement simple.)

Le 2 avril, la teinte du vésicatoire est d'un rouge cuivré syphilitique; il se sèche lentement. Le malade questionné de nouveau, répond qu'il a eu, il y a cinq ans, une blennorrhagie qui dura quinze jours, mais qui revenait un peu à chaque excès de boisson; il en eut une seconde, il y a quatre mois, qui dura dix jours, pour laquelle il prit du copahu, et dont il conserve encore un suintement. Depuis la dernière, il a conservé des douleurs vagues dans le ventre. (Traitement mercuriel par les frictions sur les cuisses de deux en deux jours et bains tous les deux jours; pommade mercurielle opiacée sur les paupières.)

Le 6, depuis trois jours l'œil gauche va de plus en plus mal, tandis que l'état de l'œil droit s'améliore. Le vésicatoire de ce côté est sec. (Vésicatoire sur l'œil gauche.)

Le 11, l'œil gauche est tout-à-fait blanc. Il en est de même de l'œil droit.

Le 19, la rougeur des yeux est disparue; il n'y a plus de douleur; la vue est très claire, très nette.

Le 21, sortie du malade.

VIIIe Observation, par M. Lacombe. — *Kératite intense, avec ulcération de la cornée, déterminée par la chute d'une pierre sur l'œil.*

Nicolas Richard, âgé de trente-quatre ans, journalier, entré à l'hôpital le 29 mars 1835. Ce malade est robuste, d'une santé généralement bonne; il y a dix jours, qu'en servant des maçons, un fragment de pierre lui est tombé sur l'œil droit; aussitôt douleur vive, larmoiement. Pour tout traitement compresse d'eau froide; puis saignée, sangsues. Aujourd'hui les paupières sont rouges et tuméfiées; la conjonctive oculaire est boursouflée, fortement injectée, au point qu'on ne distingue plus de sclérotique. La cornée est opaque un peu au dessous de la pupille, où on voit une tache blanche, de la largeur d'une lentille, et qui paraît avoir été causée par la déchirure d'une partie des lames de la cornée. Vésicatoire sur l'œil.

Le 31, le malade a beaucoup souffert hier de son vésicatoire; on enlève l'épiderme soulevé par la sérosité. Linge troué avec cérat et charpie.

Le 1er avril, le malade a éprouvé cette nuit de vives douleurs; le globe oculaire est encore très rouge; lorsqu'on ouvre les paupières, le malade n'y voit pas.

Le 3, les douleurs sont moins vives; la plaque blanche du devant de la cornée a un peu diminué; le malade y voit un peu; le vésicatoire est presque sec.

Le 6, l'état de l'œil est beaucoup meilleur; la plaque ulcérée devient plus nette; la cornée semble moins opaque; le malade distingue les objets. Cérat et charpie.

Le 8, hier le malade a été se promener n'ayant rien sur son œil. Aujourd'hui les paupières sont un peu plus tuméfiées; du reste, l'œil est à peu près dans le même état; la surface de l'ulcère se nettoie. Lotions d'eau de guimauve.

Le 9, la vascularisation de la conjonctive diminue; la vision est meilleure.

Le 11, la rougeur semble aujourd'hui plus intense; les paupières sont un peu rouges. Un second vésicatoire sur l'œil.

Le 12, le vésicatoire a été plus douloureux que le premier; il a donné une sérosité assez abondante. Linge troué, cérat et charpie.

Le 16, le vésicatoire est sec; l'état de l'œil est meilleur; l'injection de la conjonctive et de la sclérotique est moindre. On voit dans plusieurs points le tissu blanc de la sclérotique. La plaque blanche existe toujours au devant de la pupille.

Le 18, la rougeur de l'œil a encore diminué; la tache du devant de la pupille se transforme en albugo. Le malade sort.

Réflexions. — La kératite était franchement aiguë, avec déperdition de substance et infiltration de lymphe plastique. Le cercle rayonné ou sclérotidien était en quelque sorte soustrait à la vue par le chemosis. Les anti-phlogistiques étaient restés impuissans; sous l'action du vésicatoire, tous les symptômes inflammatoires se sont au contraire dissipés comme par enchantement. C'est un des cas les plus remarquables que j'aie observés.

IXe Observation, par M. Marchaisseaux.—*Lésion traumatique de la cornée.*

Jean-Baptiste Heude, âgé de trente-deux ans, journalier à la Petite-Villette, entré à l'hôpital le 11 juillet 1835, salle de la Vierge, n° 38, homme fort, sanguin, bien constitué, n'a jamais eu mal aux yeux. Il était employé dans une fabrique de noir animal à briser des os, lorsqu'un fragment de côte l'atteignit à l'œil gauche: inflammation violente presque instantanée, chemosis. Le malade ne combat ces accidens qu'au moyen d'eau-de-vie mélangée à de l'eau ordinaire, et passe deux jours chez lui. Voyant que les accidens augmentent, il vient à la Charité.

Le 12, à la visite du matin, on le trouve dans l'état suivant:

L'œil gauche est fermé; la paupière supérieure est rouge, boursouflée, saillante; écoulement continuel des larmes; lorsqu'on soulève la paupière, on trouve la conjonctive rouge et faisant saillie autour de la cornée qui paraît

déprimée ; la conjonctive palpébrale participe au gonflement. La cornée présente vers sa partie moyenne et environ vers la moitié inférieure de la portion qui correspond à l'ouverture de la pupille, une perte de substance arrondie, d'une ligne environ de diamètre. Cette ulcération occupe plusieurs lames; elle est grisâtre : la cornée elle-même a une teinte légère *vert d'eau*. Les vaisseaux engorgés ont gagné sa grande circonférence, qui présente un cercle inflammatoire d'une teinte plus rouge que celle du reste de la conjonctive.

Larmoiement considérable, céphalalgie intense, quelques signes de réaction ; soif, malaise général ; bouche mauvaise, chaleur à la peau ; pouls un peu fort et fréquent.

Bains de pied sinapisés, compresses émollientes sur l'œil.

Le 14, l'inflammation menaçant d'augmenter encore on applique un vésicatoire sur la face antérieure des paupières.

Le 15, on enlève l'épiderme; pansement simple.

Le 17, le vésicatoire est en partie desséché. On examine l'œil ; le gonflement des paupières a cessé ; la conjonctive a presque repris sa couleur naturelle ; le chemosis a entièrement disparu; la cornée est nette. Lorsqu'on regarde le malade en face, on n'y voit rien d'anormal ; mais en l'examinant attentivement on voit comme une légère dépression : c'est la cicatrice qui remplace la perte de substance; sa surface et ses bords sont bien détergés ; à peine y a-t-il un peu d'opacité.

Le malade qui ne pouvait distinguer les objets voit comme auparavant; seulement, un léger nuage arrondi, de la grandeur d'une pièce de dix sous, couvre une partie des objets qu'il examine.

L'œil reste exposé à l'air; le malade se contente de faire quelques lotions avec de l'eau fraîche.

Le 19, continuation; état fort satisfaisant.

Le malade sort le 20.

Réflexions. — Il faut rapprocher ce fait du précédent, dont il ne diffère réellement qu'en ce que la maladie était plus récente et un peu moins grave.

Xe Observation, par M. Lacombe. — *Ulcère de la cornée, kératite et conjonctivite légère.*

Jules Leroy, âgé de dix-neuf ans, boulanger, entre à l'hôpital le 7 juin 1835. Le malade est d'une bonne constitution ; il se porte habituellement bien ; depuis un an il est sujet aux maux d'yeux, à cause sans doute de sa profession qui exige un passage continuel du chaud au froid. Il y a quinze jours que, sans cause appréciable, son œil gauche est devenu rouge, larmoyant, avec de la photophobie, sans gonflement des paupières. Aujourd'hui la rougeur est intense sur toute la conjonctive oculaire ; les paupières elles-mêmes présentent de la rougeur à leur face interne ; le malade ne peut pas regarder la lumière; la pupille est resserrée, à la partie interne et inférieure de la cornée on voit un petit ulcère, de la largeur d'une tête d'épingle, très apparent; léger réseau vasculaire de la sclérotique autour de la cornée. Un vésicatoire sur l'œil gauche.

Le 10, le vésicatoire n'a pas été bien appliqué ; une partie des paupières, du côté de leur bord libre, n'a pas été touchée; la rougeur est cependant moindre ; même état de l'ulcère, peu de douleur, peu de larmoiement. Cérat, charpie.

Le 11, même état ; le vésicatoire est sec. Un second vésicatoire.

Le 12, le malade a moins souffert que du premier vésicatoire; sérosité abondante. On n'ouvre pas l'œil.

Le 15, le vésicatoire est sec; les paupières sont encore un peu raides; il y a beaucoup moins de vascularisation dans l'œil; l'ulcère de la cornée est plus blanc ; pas de douleur. La vue est bonne, d'après le malade.

Le 17, l'œil va bien ; le petit point blanchâtre existe encore ; il paraît moins grand ; il n'y a plus de rougeur ni de larmoiement. Le malade sort guéri.

XIe Observation, par M. Fontagnères. — *Kératite ulcéreuse.*

M. L., âgé de vingt-cinq ans, étudiant en droit, doué d'une très bonne constitution, fut atteint d'une assez vive inflammation de l'œil gauche en 1830; mais cette inflammation, dont le malade ne saurait indiquer ni la nature ni la cause, se dissipa sous l'influence de cataplasmes émolliens continués pendant huit ou dix jours. Depuis cette époque, M. L. a conservé une certaine disposition à contracter des ophthalmies légères, qui disparaissent sans traitement. Le 4 avril 1835, inflammation semblable à la suite d'une veille assez prolongée. M. L. n'y fit d'abord aucune attention, espérant qu'elle se dissiperait comme les précédentes. Il continua son travail habituel; mais le 12 du même mois l'impossibilité d'ouvrir l'œil le porte à s'occuper de sa maladie. Il applique lui-même pendant trois ou quatre jours des cataplasmes émolliens; mais ces topiques ne produisent aucun effet avantageux. Ne sachant plus quel remède employer, M. L. se rend à la consultation de M. Velpeau, qui reconnaît une ophthalmie rhumatique, offrant un double plan vasculaire fortement injecté, l'un superficiel formé de plus gros vaisseaux saillans, surtout vers l'angle interne des paupières; l'autre, profond, formé de vaisseaux plus petits, particulièrement dessiné vers la circonférence de la cornée. Ces deux plans, dont le premier affecte la conjonctive, et le second les tissus fibreux, communiquent ensemble par des vaisseaux intermédiaires. En outre, on remarque en dedans un dépôt de lymphe plastique, situé entre les lames superficielles de la cornée. L'état général du malade n'offre du reste rien de remarquable à noter. M. Velpeau prescrit des frictions avec la pommade mercurielle ; mais ces frictions produisent bientôt sur la partie moyenne de la paupière inférieure des phlyctènes qui forcent à les abandonner. Le malade revient alors à la consultation. Ne le voyant pas disposé à rester à l'hôpital, M. Velpeau lui conseille d'appliquer vingt-quatre sangsues derrière les deux apophyses mastoïdes. Ces sangsues ne produisent aucun effet avantageux. Le lendemain de leur application, la rougeur, la douleur, l'impossibilité d'ouvrir

l'œil, persistent au même degré. C'est alors, c'est-à-dire le 18 avril, que M. L. prend le parti de se rendre à l'hôpital pour s'y faire traiter. On prescrit un vésicatoire volant sur l'œil. Au bout de trois jours amélioration sensible ; la rougeur est bien moins intense, et le malade peut entr'ouvrir l'œil facilement. Le dépôt qui existait vers la partie interne de la cornée s'est ouvert au dehors, et l'on voit une cicatrice ronde à sa place. Depuis lors l'ophthalmie a marché rapidement vers la guérison, et le malade est sorti le 26 avril avec un reste d'inflammation qui n'a pas tardé à se dissiper. Cependant le petit ulcère résultant de l'ouverture du dépôt a laissé une tache qui persiste toujours ; mais comme elle se trouve en dedans de l'axe visuel, les rayons lumineux ne sont point interceptés dans leur marche, et M. L. jouit de toute l'intégrité de sa vue.

XIIe Observation, par M. Lacombe.—*Kératite. Ulcères de la cornée.*

Jean Weisse, âgé de quarante-quatre ans, polisseur, entre à l'hôpital le 4 juillet 1835 ; ce malade est d'une bonne constitution et se porte habituellement bien ; il y a deux mois qu'il a eu mal aux dents du côté gauche ; il lui est venu ensuite de la rougeur à l'œil du même côté, sans douleur, sans larmoiement ; les paupières n'ont pas été malades ; il a continué à travailler ; le mal a augmenté ; la rougeur est devenue plus intense ; la vue s'est troublée. Pour tout traitement, il a lavé son œil avec de l'eau fraîche. Aujourd'hui on remarque trois petits points ulcérés à la partie externe de la cornée, qui présente une légère suffusion. Les vaisseaux de la sclérotique sont injectés autour de la cornée ; on remarque une légère vascularisation de la conjonctive ; il y a douleur assez vive et photophobie ; la vue est fort gênée. Un vésicatoire sur l'œil.

Le 6, le vésicatoire a bien pris ; douleurs vives, mais non dans l'œil. Cérat, charpie.

Le 9, le vésicatoire est sec, la rougeur moindre et la vue meilleure.

Le 11, le malade n'éprouve plus aucune douleur ; on ne met plus rien devant l'œil ; les ulcères sont nettoyés ; la vision est plus facile ; les paupières sont encore raides. Collyre au sulfate de zinc.

Le 12, la rougeur est moindre dans toute la moitié supérieure de la conjonctive. Le malade prétend y voir aussi bien que de l'œil droit ; il est émerveillé de l'effet du vésicatoire.

Le 16, il y a encore un peu de vascularisation dans la moitié inférieure du globe oculaire ; les ulcères paraissent cicatrisés ; le malade y voit bien, ne ressent aucune douleur et sort de l'hôpital.

XIIIe Observation, par M. Tiger. — *Kératite ulcéreuse.*

Théophile Belloy, âgé de quarante-un ans, portier, tailleur, habitant un logement humide, ayant déjà eu mal aux yeux, s'est aperçu, il y a six semaines, qu'une rougeur s'était manifestée dans l'œil avec douleur, photophobie et larmoiement. Il usa de révulsifs, de topiques, de collyres, de saignées générales, de sangsues tant à l'œil qu'à l'anus, sans en éprouver de soulagement. Aujourd'hui, 1er juin 1835, il présente à l'œil droit une vive rougeur de la sclérotique, alimentée par les artères ciliaires ; il y a suffusion commençante et ulcération de la cornée à la partie inférieure ; la photophobie est intense ; les larmes qui s'écoulent sont abondantes, chaudes, brûlantes ; douleurs dans la tête et le fond de l'orbite. (Vésicatoire sur l'œil droit.)

Le 2, l'épiderme est enlevé ; les douleurs qui se sont manifestées cette nuit à la peau ont fait diminuer celles de la tête et du fond de l'orbite. (Pansement avec linge troué enduit de cérat.)

Le 5, le gonflement des paupières est presque entièrement dissipé ; le vésicatoire est sec ; la photophobie, le larmoiement et la rougeur sont diminués ; la cornée commence à s'éclaircir ; l'ulcère existe encore, mais ses bords s'arrondissent et se rapprochent.

Le 8, les paupières sont à l'état naturel ; le malade ne ressent plus aucune douleur ; la sclérotique a repris sa blancheur, la cornée sa transparence ; le larmoiement et la photophobie ont disparu ; il ne reste plus que la tache de la cornée provenant de l'ulcère.

XIVe Observation, par M. Poumet. — *Kératite ulcéreuse et hypopion.*

Joseph Valet, âgé de quarante-huit ans, charretier, assure n'avoir jamais eu le plus léger mal vénérien. Vers la fin de novembre, en déchargeant du bois, il lui tomba du gravier dans l'œil droit qui s'enflamma. Il fit usage d'eau de guimauve ou de plantain. La rougeur disparut, mais pour revenir de temps à autre, au moindre écart de régime, et céder aux mêmes remèdes. Le jour de son entrée à la Pitié, la conjonctive oculaire est fortement injectée, épaissie ; la cornée présente en bas et en dehors une ulcération lenticulaire blanchâtre, déprimée à son centre, comme si elle était remplie de pus ; en dedans la même cornée présente une petite tumeur rougeâtre. Dans la chambre antérieure on voit un épanchement purulent jaunâtre, très liquide, variant de place d'après la position du malade pour se mettre de niveau avec le point décliné. L'iris en est baigné dans l'étendue de deux lignes.

Le 21, même état. Eau de guimauve.

Le 22, vésicatoire sur l'œil.

Le 24, le croissant de pus est résorbé ; il y a toujours suffusion de la cornée. Le malade soutient qu'il voit mieux. Collyre à l'eau de mélilot, sulfate de zinc et mucilage de psyllium.

Le 25, plus d'épanchement dans la chambre antérieure.

Le 27, l'œil va de mieux en mieux ; l'ulcère se cicatrise.

Le 28, le mieux continue. Le malade sort le 10 mars.

XVe Observation, par M. Poumet. — *Kératite, ulcères, hypopion.*

François Fanor, âgé de soixante-neuf ans, garçon tailleur. Ce malade sentit, il y a deux ans, des douleurs dans les deux cuisses, douleurs qui avaient été guéries cinq ans auparavant, au moyen de bains. L'œil gauche devint le siége

d'élancemens, de photophobie et de larmoiement ; le malade s'en tient à de l'eau de plantain et continue de travailler ; le mal empirant, il entre à la Pitié. L'œil droit n'est aucunement affecté ; les paupières du gauche sont rouges, violacées ; leur bord libre est épaissi en forme de bourrelet saillant. L'angle externe paraît être rapproché de l'angle interne par une adhérence de ses bords, adhérence qui a diminué la fente palpébrale ; l'œil s'ouvre difficilement ; la conjonctive est très fortement injectée, rouge, variqueuse, saillante ; il y a suffusion de la cornée. En bas et en dehors de cette membrane il existe une ulcération de forme alongée transversalement, sensiblement déprimée, et dont le fond est blanchâtre. L'épanchement purulent qu'on remarque entre les lames de la cornée est plus mince en cet endroit. Autour de l'ulcération on remarque une auréole sablée et pointillée qui trouble le poli et la transparence de la cornée. Le larmoiement est considérable et la photophobie extrême. La pupille est médiocrement dilatée et régulière ; la lèvre inférieure de l'ulcération est recouverte par un prolongement de la conjonctive oculaire qui s'est avancé jusque sur elle.

Le 11 août, on applique un vésicatoire sur la face cutanée des paupières.

Le 13, le pus de la cornée paraît moins abondant ; il se fait un travail de résorption.

Le 14, ce travail continue et fait disparaître les concrétions albumineuses d'entre les lames de la cornée.

Le 17, on place un nouveau vésicatoire sur l'œil.

Le 20, on voit distinctement que toutes les concrétions albumineuses sont résorbées. Il ne reste plus que l'exulcération de la cornée qui paraît comme fendillée, comme égratignée ; la conjonctive est toujours fortement injectée ; cependant il n'y a plus de matières blanchâtres entre les lames de la cornée.

Le 22, l'ulcère du bas de la cornée se rétrécit, s'aplatit, la vision est plus distincte, moins douloureuse ; l'inflammation de la conjonctive oculaire s'amortit.

Le 23, le malade va encore un peu mieux qu'hier.

Le 28, la vision est facile, nette, sans douleur, plus de larmoiement.

Le 3 septembre, pommade au nitrate d'argent contre un reste de blépharophthalmie.

Le malade sort le 9 septembre.

XVIe Observation, par M. Poumet. — *Albugo, ulcère et vascularisation de la cornée. — Léger hypopion.*

André Delanoue, âgé de dix-sept ans, fileur. Après être resté long-temps dans un jardin exposé à un vent violent, il y a huit ans, le malade ressentit une douleur vive à l'œil droit, qui devint rouge sans occasioner beaucoup de gêne. L'année dernière, les symptômes s'aggravèrent et forcèrent le malade à rester cinq semaines à l'hôpital Saint-Antoine. L'inflammation s'est déclarée de nouveau et n'a cessé d'augmenter jusqu'ici malgré les bains de pied, les collyres avec l'eau de mélilot, etc.

En bas les cils manquent en partie ; en haut ils sont agglutinés par la chassie ; le bord libre des paupières est arrondi, renversé en bourrelet, enflammé, mais sans ulcération ; la conjonctive est rouge ; ses veines sont flexueuses et laissent voir la sclérotique qui est elle-même vascularisée ; quelques uns des vaisseaux s'avancent jusque sur la cornée et y entretiennent un albugo lenticulaire ; la cornée est ulcérée au centre ; on ne voit que difficilement l'iris ; le larmoiement est continuel et la photophobie assez vive ; la narine droite, toujours humide, laisse couler une sérosité âcre. Point de mal de tête ; mais si le malade se couche à droite, l'oreille de ce côté devient douloureuse.

Le 8, collyre avec eau de roses ℥ *w*, sulfate de zinc gr. *iv*, mucilage de psyllium ʒ *s*.

Le 11, l'inflammation de la conjonctive est moindre, mais les flocons albumineux persistent et sont placés au centre de la cornée. Vésicatoire sur l'œil.

Le 17, il n'y a plus sur la cornée que de la suffusion.

Le 18, même état. Amélioration.

Le 22, il y a moins de suffusion dans la cornée ; l'épanchement se résorbe.

Le 23, la cornée devient plus nette, l'épanchement diminue d'épaisseur et d'opacité.

Le 29, le malade sort guéri.

Réflexions. — L'ulcère marchait avec une telle rapidité et la kératite était tellement engagée, que la perforation de la cornée paraissait inévitable. Par tout autre traitement, le malade eût dû se trouver heureux de ne pas perdre l'œil. On voit avec quelle promptitude le vésicatoire a conjuré ces divers dangers.

XVIIe Observation, par M. Agneli. — *Corps étranger dans l'œil. — Kératite. — Hypopion. — Iritis.*

Auguste Luquin, âgé de quatorze ans, entre à l'hôpital de la Charité le 2 avril 1835. Cet enfant, il y a dix mois, se trouvant auprès de quelqu'un qui écrasait des capsules, en a reçu un éclat dans l'œil gauche qui, en ce moment, était largement ouvert. Une vive douleur, produite par le coup, a fait que l'enfant s'est couvert l'œil avec son mouchoir. Un instant après on y vit quelques gouttes de sang, et pourtant il n'y avait pas de plaie aux paupières. Pendant huit jours, l'œil ne fut pas rouge ; cependant il était très sensible à la lumière, et le malade le tenait presque toujours fermé. Huit jours après apparut un peu d'injection et la vue commença à être moins nette ; cet état a duré en empirant toutefois pendant trois mois. Alors, traitement antiphlogistique. Mais en ce moment, sept mois après l'accident, l'enfant n'y voit plus du tout de cet œil, et le droit est devenu très impressionnable à la lumière. Depuis sept mois donc l'œil est rouge, complétement inutile à la vision ; depuis cette époque aussi, le malade éprouve des douleurs dans la tête et dans le fond de l'orbite. Il est entré à la Pitié le 12 février. Là nous avons été témoin de plusieurs exacerbations dans la rougeur de l'œil ; il y eut même, à plusieurs reprises, un commencement d'hypopion que l'on a prévenu à chaque fois par un vésicatoire sur le devant des paupières. Quatre vésicatoires ont été mis ainsi successivement en usage.

En ce moment, 3 avril, le réseau de la sclérotique est fortement injecté; la conjonctive l'est moins; la pupille est fortement contractée à sa partie inférieure. On voit une tache brune rougeâtre, de la largeur d'une lentille, à circonférence irrégulière. La vision pour cet œil est nulle.

Une incision a été faite à la partie inférieure de la cornée, comme pour l'opération de la cataracte, puis une très petite pince introduite par cette incision dans la direction où avait été aperçue cette tache, on a retiré deux petits morceaux noir-brun, d'une consistance plus dense que le tissu de l'iris, mais l'on n'a pu en déterminer la nature.

Le 6, depuis l'incision faite à la cornée, il a souffert un peu de la plaie dans l'œil, mais plus du tout de la tête. L'épanchement de sang qui avait eu lieu au moment de l'opération a disparu, ainsi que la tache qu'on voyait à la partie inférieure de la cornée.

Le 9, la plaie est cicatrisée; il y a moins d'injection dans l'œil; il n'y a plus de douleur ni dans la tête, ni dans l'œil.

Le 16, le malade sort libre de toute inflammation. Deux mois après, il est revenu à la consultation, la guérison s'était maintenue.

Réflexions. — Dans cette série de cas, l'hypopion, le trouble des humeurs et de la cornée en étaient encore à leur début; aussi le vésicatoire en a-t-il promptement fait justice. L'affection, développée chez des sujets encore jeunes, était d'ailleurs toute locale. Nous verrons l'inverse dans les deux observations suivantes.

XVIIIe Observation, par M. Poumet.

Louise Souchet, âgée de soixante-douze ans, fille, est affectée d'une double cataracte. La chambre antérieure est considérablement resserrée par la proéminence de l'iris, qui se trouve presque en contact avec la face postérieure de la cornée; la pupille est mobile toutefois, quoique un peu contractée, surtout à gauche.

Les deux cristallins sont extraits; les accompagnemens de la cataracte ont été enlevés par deux introductions de la curette pour l'œil gauche, tandis qu'à droite il a fallu y revenir cinq fois : un peu de sang a suivi la section de l'iris de l'œil gauche.

Le 1er octobre, la malade n'a dormi que trois heures; il y a de la soif et de la fièvre; douleurs vives dans le fond de l'œil droit; levée de l'appareil. Les yeux ont été entr'ouverts pendant quelques secondes; pas d'inflammation; la malade se plaint de *mal de cœur*, d'être sur le point de vomir.

Le 6, les deux iris font saillie par la plaie de la cornée. On cautérise celui de l'œil gauche; la conjonctive oculaire est injectée surtout à droite. Ablutions d'eau froide.

Le 7, la malade a souffert de la cautérisation à peu près pendant trois heures; elle a pu dormir une bonne partie de la nuit; on lève l'appareil, l'iris de l'œil droit se réprime.

Le 10, la chambre antérieure de l'œil droit renferme des flocons albumineux blanchâtres; la conjonctivite oculaire persiste; à gauche, la cornée et la pupille sont nettes, cependant la malade ne voit pas distinctement.

Le 14, vésicatoire au devant des paupières à droite, à cause de l'épanchement purulent qui se fait derrière la cornée.

Le 16, le vésicatoire empêche d'examiner l'œil droit; le gauche n'est pas dans un état très satisfaisant. On le couvre d'un vésicatoire le 17.

Le 19, l'état purulent de la cornée diminue.

Le 23, les yeux sont de moins en moins enflammés.

Le 24, on dispense la malade de les couvrir. Les accidens inflammatoires ont continué de se dissiper ensuite par degrés.

Réflexions. — S'il était vrai qu'à l'aide de saignées, de topiques émolliens, de purgatifs, de révulsifs, etc., on pût empêcher la fonte de l'œil, quand la cornée commence à s'infiltrer de pus, chez les sujets opérés de la cataracte par extraction, on serait en droit peut-être de contester l'innocuité du vésicatoire en pareil cas; mais comme l'expérience démontre que rien n'arrête ce genre de kératite, il est permis, je crois, de supposer que sans le vésicatoire, les cornées de cette femme se fussent entièrement fondues.

Les quatre autres observations que je possède et qui appartiennent à cette catégorie, diffèrent trop peu de la précédente ou de la suivante, pour que je les relate en ce moment.

XIXe Observation, par M. Monnier. — *Cataracte double. — Kératite. — Iritis.*

Le 18 mars 1835, est entré le nommé Jacques, âgé de cinquante-cinq ans, tisserand. Cet homme, d'une forte constitution, très gras, né de parens qui jamais n'ont eu de cataracte, s'est toujours bien porté lui-même. Il est aveugle depuis un an. On voit l'opacité du cristallin des deux côtés. La conjonctive ne présente nul gonflement; la cornée est intacte; l'iris jouit de toute sa mobilité.

Le 24, avant l'opération on a instillé entre les deux paupières, de chaque côté, une goutte d'extrait de belladone, pour faciliter la dilatation de la pupille. On opère par extraction. L'opération n'a rien présenté de particulier, si ce n'est une blessure légère de l'iris et l'écoulement d'une petite quantité de sang à droite.

Le 29, le malade a éprouvé d'assez vives douleurs dans l'œil pendant quatre ou cinq heures après l'opération; il n'y a pas eu et il n'y a pas encore de céphalalgie. Les yeux ne sont plus douloureux; le malade a bien dormi; la langue est nette; la soif légère; il n'y a pas eu de frisson; le pouls est normal.

Ce matin on a enlevé le bandage, et le malade a pu entr'ouvrir les yeux dans un milieu obscur; il n'a pu supporter l'éclat de la lumière. Tous les objets lui apparaissaient comme des chandelles; mais il peut distinguer les doigts de la main; la conjonctive oculaire est légèrement injectée. On enlève aujourd'hui une partie des draps qui obscurcissent le lit.

Le 31, pas de réaction générale; la conjonctive est toujours injectée; l'iris du côté gauche s'engage un peu à travers les lèvres de la plaie et de la cornée; du côté droit l'iris est légèrement déformée; la vision, depuis avant-hier, ne s'est pas sensiblement améliorée. (Frictions autour des paupières de l'œil gauche avec ex-

trait de belladone, compresses imbibées d'eau froide sur les deux yeux; trois potages.)

Le 1er avril, la conjonctive oculaire est toujours vivement injectée. On a touché ce matin avec le nitrate d'argent la portion d'iris faisant saillie à travers les lèvres de la cornée de l'œil gauche.

Le 2, hier le malade a éprouvé de vives douleurs à l'œil gauche; cependant il a bien dormi. Ce matin il n'y a plus de douleurs; les paupières, agglutinées par un mucus épais, sont rouges et gonflées. La partie touchée par le nitrate d'argent est couverte d'une escarre blanchâtre; mais la partie de la pupille placée au dessus est tout-à-fait intacte.

Le 8, les conjonctives sont toujours injectées; l'escarre est tombée; la vision est améliorée.

Le 11, l'œil droit n'est presque plus enflammé; la vision de ce côté est devenue possible, et le malade distingue les objets. L'œil gauche est encore enflammé. (Même traitement.)

Le 12, les yeux ne sont plus aussi enflammés. Le malade peut supporter la lumière pendant un temps plus long.

Le 17, par suite d'un coup, les douleurs sont revenues depuis hier à l'œil droit, qui est rouge, enflammé. Compresses imbibées d'eau de guimauve; saignée trois palettes.

Le 19, les douleurs ont diminué, mais il reste toujours de la rougeur aux conjonctives et une kératite diffuse.

Un commencement de chemosis se montre à l'œil droit. (Vésicatoire sur les paupières de ce côté.)

Le 23, l'œil gauche est très bien; le malade a commencé de s'en servir. L'œil droit est toujours enflammé.

Le 24, on aperçoit derrière l'iris de l'œil droit une légère tache blanchâtre qui empêche complétement la vision de ce côté; de l'œil gauche, au contraire, le malade distingue les personnes, leur figure, etc. (Compresses imbibées d'eau de guimauve sur les yeux; les trois quarts d'alimens.)

Le 29, le malade a voulu sortir aujourd'hui, ses yeux sont rouges. Une cataracte membraneuse s'est établie à droite.

Remarque. — Là, il y avait kératite intense et iritis. Abandonné à lui-même, l'œil eût-il suppuré; sans le vésicatoire que fût-il arrivé? Je n'ose pas répondre.

XXe Observation, par M. Monnier. — *Rupture et déplacement du cristallin. — Cataracte traumatique. — Guérison.*

Le 18 mars 1835, est entré le nommé Louis Guiard, âgé de quatorze ans, sans profession, demeurant à Maintenon (Eure-et-Loir). Cet enfant, d'une constitution faible, et peu développé pour son âge, s'était toujours bien porté jusqu'à l'âge de sept ans, époque à laquelle il reçut un coup de pierre à l'œil droit. Après une foule d'accidens, l'œil se vida et la santé se rétablit; il continua de bien se porter jusqu'à il y a quinze jours, que voulant briser une *houssine*, l'une des extrémités de la tige s'échappa de ses mains et vint frapper l'œil gauche. Des larmes s'écoulèrent et un peu de rougeur survint à l'œil. Dès cet instant aussi la vision fut presque complétement perdue. C'est à peine si l'enfant put retrouver sa demeure. Les douleurs, assez vives au moment de l'accident, étaient disparues dès le lendemain; il ne survint ni fièvre, ni céphalalgie. Quatre jours après, un point blanchâtre commença à paraître dans l'œil. Voici quel est son état actuel:

Il n'existe aucun phénomène morbide général. La vision est altérée; l'enfant distingue la nuit du jour; il distingue une lumière placée devant son œil, une main que l'on passe devant lui; mais il ne peut distinguer les doigts. La sclérotique, la cornée sont intactes; mais on découvre dans la chambre antérieure un fragment blanchâtre laiteux qui semble immédiatement appliqué à la face postérieure de la cornée. Au dessus de ce fragment on découvre de la matière albumineuse blanchâtre répandue dans la chambre antérieure; la membrane du cristallin est déchirée et ses lambeaux sont d'une couleur laiteuse. (Frictions avec onguent mercuriel mitigé, composé de deux gros onguent mercuriel et demi-gros extrait de belladone; le quart d'aliment.)

Le 28, la vision est presque toujours aussi obscure; cependant les taches opaques semblent s'être réduites, s'être éclaircies, surtout la plaque inférieure. La pupille, largement dilatée, paraît complétement insensible. (Même traitement.)

Le 30, pas d'autre amélioration sensible. (Suppression des frictions mercurielles; la demie d'alimens.)

Le 2 avril, un vésicatoire sur l'orbite.

Le 3, sous l'influence du vésicatoire, les paupières se sont gonflées; la conjonctive oculaire s'est injectée.

Le 8, même état; seulement le flocon inférieur a considérablement diminué; les flocons supérieurs se sont régularisés, sont devenus plus opaques, et imitent assez bien une cataracte cristalline; la vision est devenue plus obscure; la conjonctive n'est presque plus injectée. (Même traitement.)

Le 10, le flocon inférieur a complétement disparu; les flocons supérieurs ne semblent pas avoir diminué; la vue cependant n'est pas aussi obscure.

Le 12, l'opacité qui était régulière s'est amoindrie; d'abord uniforme, elle semble s'être divisée de nouveau; une ligne plus claire, plus transparente la sépare en deux; la vision s'est améliorée. Le malade voit bien pour se conduire.

Le 17, les flocons blanchâtres qui remplissaient toute la chambre antérieure se sont dissous en partie. Le malade distingue les doigts.

Le 28, la plaque laiteuse qui semblait faire corps avec la cornée s'est divisée; l'une de ses portions est descendue au dessous de la pupille; l'autre est allée se loger au côté externe de la cornée. La prunelle est remplie presque en entier par une plaque ronde demi-laiteuse. (Frictions avec onguent mercuriel et belladone autour des paupières; trois quarts d'alimens.)

Le 30, même état. (Suppression des frictions.)

Le 4 mai, les plaques laiteuses ont complétement disparu; la plaque ronde centrale a diminué d'étendue, et la transparence s'est ré-

tablie en partie déjà dans le quart inférieur et interne de la pupille. Le malade distingue très bien les doigts, le blanc du noir, la forme des objets, etc.

Le 17, le malade distingue les plus petits objets. Cette plaque laiteuse que nous avons signalée, il y a huit jours, est devenue légèrement opaline, en sorte qu'il serait possible d'en méconnaître la présence; à son centre est un petit point blanc laiteux mobile. (Trois quarts d'alimens.)

Le 22, le fond de l'œil est transparent comme dans l'état naturel; la pupille reste un peu dilatée; on voit cependant encore dans la chambre antérieure, derrière la cornée et à sa partie inférieure, comme un petit voile légèrement blanc, mobile, qui ne gêne en rien la vision, car il n'est point placé sur le champ de la pupille. (Même traitement.)

Le 26, le malade est sorti aujourd'hui, voyant parfaitement bien.

Réflexions. — Comme il s'agit dans cette observation d'un jeune sujet et d'une cataracte par violence extérieure encore récente, il serait évidemment prématuré de vouloir en tirer quelque conclusion en faveur du vésicatoire. En admettant que l'organisme n'ait pas fait tous les frais de la guérison, il y aurait même encore à se demander si la belladone et l'onguent mercuriel n'y ont pas eu autant de part que l'épispastique. Le fait suivant devra encore augmenter notre réserve à cet égard.

XXIe Observation, par M. Poumet. — *Kératite chronique. — Vascularisation de la cornée.*

Robillard, âgé de 53 ans, cordonnier, cheveux châtains, yeux bleus, muscles développés, ancien soldat, entré à la Pitié le 22 juillet 1834, n'a jamais eu, à proprement parler, d'ophthalmie, jusqu'à l'année dernière; seulement, après une ou deux nuits passées à travailler, il avait, le lendemain ou les jours suivans, les yeux rouges pour quelques instans. En 1833, ses deux yeux devinrent malades, les paupières se gonflèrent. On lui pratiqua, à l'Hôtel-Dieu, deux incisions à chaque paupière inférieure. Vers la fin de juillet, ce traitement permit au malade de reprendre son travail et de le continuer jusqu'en décembre. A cette époque, il fit des fumigations, des injections de vin et de roses de Provins; n'éprouvant pas d'améliorations, il entra à la Pitié.

La conjonctive, en bas surtout, est rouge; on y remarque quelques stries variqueuses saillantes, mobiles: les deux cornées sont sillonnées par une infinité de petits vaisseaux sanguins venant de la sclérotique et de la conjonctive oculaire; elles sont inégales, sablées, villeuses et tout-à-fait *brouillées;* celle de gauche présente un petit vaisseau vertical traversant un point noir situé au dessous de son centre. La droite présente à son centre un nuage de forme et de grandeur lenticulaires; ces vaisseaux sanguins sont visibles à l'œil nu.

Le 11, le malade s'était mis un vésicatoire à la nuque, puis il avait eu six sangsues à l'œil droit.

Le 24, calomel et sucre āā deux fois par jour; ce topique est continué jusqu'au 30 sans amélioration notable.

Premier août, deux gouttes de laudanum dans chaque œil, matin et soir; pas de changement.

Le 9, on applique sur les paupières de chaque œil un vésicatoire volant.

10. Les vésicatoires ont rendu beaucoup de sérosité; légère amélioration qui ne fait pas de progrès.

19. On excise en haut et en dehors une portion de la conjonctive oculaire en forme de croissant.

On essaya ensuite, sans plus de succès, la solution de nitrate d'argent, les purgatifs drastiques, les ventouses scarifiées à droite et à gauche de la colonne vertébrale, puis deux vésicatoires sur le devant des orbites.

Ce malade est sorti de l'hôpital à peu près dans le même état que lors de son entrée; les paupières étaient moins affectées, mais les cornées offraient une vascularisation encore plus profonde et plus complète que dans les cas suivans.

XXIIe Observation. — *Kératite ancienne. — Ulcère de la cornée. — Vascularisation extrême.*

Un homme âgé de quarante-cinq ans, grand, sec, bien constitué, buvant et fumant beaucoup, ancien militaire, est resté quatre mois à la Pitié, en 1834, pour une ophthalmie qui datait de deux ans. La cornée, couverte de taches et d'ulcères, était en outre complétement vascularisée. Tout avait été tenté, lorsque j'en vins aux vésicatoires sur les paupières; les deux premiers furent suivis d'une apparence de mieux; j'en fis appliquer deux autres au bout de quinze jours; la même amélioration se montra de nouveau et n'alla pas plus loin que la première fois. Plus tard on eut recours à la cautérisation, à l'excision de la conjonctive, etc.; ce qu'il y avait d'inflammatoire dans la maladie a fini par s'éteindre, et cet homme, que j'ai revu au mois d'août 1835, est actuellement autant guéri qu'il puisse l'être avec des cicatrices, des bosselures et des taches sur différens points des deux cornées.

J'aurais encore à rapporter ici quatre observations de kératites anciennes traitées par les vésicatoires, mais comme elles ressemblent de tous points aux précédentes, tant sous le rapport de la marche du mal que relativement au résultat de la thérapeutique, je crois devoir m'en abstenir.

Remarques générales.

Jusqu'au 15 août 1835, on a fait usage du vésicatoire volant sur les paupières, chez quarante-deux malades, dont trente hommes et douze femmes, dans mon service soit à la Pitié, soit à la Charité. Le total des vésicatoires appliqués est de quatre-vingt-quatre. Quatorze des malades avaient les deux yeux pris à la fois; de ceux-ci, neuf ont eu chacun deux vésicatoires; les cinq autres en ont eu chacun quatre, d'où trente-huit pour quatorze. Chez les vingt-huit malades qui ne souffraient que d'un œil, un seul vésicatoire pour chacun a suffi sur seize, huit en ont exigé chacun

deux ; deux, chacun trois, et deux chacun quatre ; d'où quarante-six pour vingt-huit.

Dans *deux cas*, il y avait kératite chronique et vascularisation ancienne de la cornée, sans ulcération : ici les vésicatoires sont restés impuissans.

Dans *quatre cas*, les mêmes altérations étaient accompagnées d'ulcérations de la cornée. Le vésicatoire, qui a paru modifier avantageusement les ulcères, n'a produit qu'une légère amélioration durable.

Dans *cinq cas*, il y avait kératite purulente, par suite d'opérations de cataractes par extraction ; la fonte de l'œil s'est arrêtée chez trois malades, elle a continué chez les deux autres.

Dans *trois cas* de kératite sans suppuration, par suite de broiement, de morcellement accidentel, ou d'extraction du cristallin, les avantages du vésicatoire sont restés douteux.

Dans *deux cas*, il y avait kératite traumatique, sans ouverture de la chambre antérieure ; là les avantages du vésicatoire sont évidens.

Dans *douze cas*, il y avait hypopion ; chez deux malades, très âgés et d'une santé détériorée, la fonte de l'œil a continué ; chez les dix autres, la cornée et l'humeur aqueuse ont rapidement repris leur transparence.

Dans *cinq cas*, il y avait ulcère de la cornée sans hypopion ; le succès a été prompt et complet.

Dans *deux cas*, il y avait ulcère de la cornée et blépharite ; les ulcères et la kératite ont cédé d'abord, mais la blépharite a persisté.

Dans *un cas*, il n'y avait que blépharite ; le vésicatoire a produit peu d'effet.

Dans *six cas*, la kératite était simple ou sous forme d'ophthalmie catarrho-rhumatique ; les malades sont guéris en peu de jours.

Si on objectait que chez beaucoup de malades des moyens divers ont été associés à l'emploi du vésicatoire, je répondrais que ceci tient à ce que la kératite, les ulcères de la cornée, le trouble des humeurs, que le vésicatoire a surtout pour but de dissiper ou d'arrêter, sont presque toujours accompagnés de quelques symptômes qu'il est bon de combattre en même temps par des moyens spéciaux.

Il suit de ce résumé que vingt-trois malades ont retiré des avantages manifestes du vésicatoire, et qu'on peut en révoquer en doute l'efficacité chez les dix-neuf autres.

Une autre conséquence semble découler des mêmes faits, c'est qu'il n'est pas démontré que le vésicatoire, appliqué comme je l'indique, puisse être d'un grand secours :

1° Dans la kératite ancienne, avec ou sans ulcère de la cornée ;

2° Pour arrêter la fonte de l'œil après l'opération de la cataracte ;

3° Pour favoriser la dissolution ou la résorption du corps opaque, après le broiement ou le morcellement du cristallin ;

4° Dans l'hypopion avancé et chez les vieillards ;

5° Dans aucune des variétés de la blépharite ;

Tandis que :

1° Dans la conjonctivite oculaire ;

2° Dans l'ophthalmie rhumatique ou catarrho-rhumatique, c'est-à-dire dans la kératite simple ;

3° Dans la kératite ulcéreuse ;

4° Dans la kératite traumatique, sans ouverture des chambres de l'œil ;

5° Dans l'hypopion léger, et surtout chez les jeunes sujets, cet agent thérapeutique convenablement appliqué, procure des résultats extrêmement heureux. Des expériences restent encore à tenter pour en déterminer la valeur dans les cas de cataracte spontanée commençante et de cataracte traumatique récente, dans la kératite chronique, dans les ophthalmies purement catarrhales, dans l'amaurose et dans quelques ophthalmies spécifiques. Les essais auxquels je me suis déjà livré ne me permettent pas de lui accorder, sous ce rapport, une grande confiance ; mais ayant appris que M. Sanson, de l'Hôtel-Dieu, avait été plus heureux dans quelques lésions de la cornée, je ne manquerai pas de les renouveler et de les multiplier davantage lorsque l'occasion s'en présentera.

Mode d'application.

Le vésicatoire sur les paupières exige quelques précautions ; l'emplâtre vésicant étendu en disque et saupoudré de cantharides est celui que je préfère ; je lui donne de deux à quatre pouces de diamètre, pour qu'il puisse couvrir tout le devant de l'orbite, ou s'étendre de la tempe à la racine du nez, et de la pommette au dessus de l'arcade sus-orbitaire, en y comprenant le sourcil ; on lave et on absterge soigneusement les parties avant de l'appliquer ; je les frotte ensuite doucement avec un linge imbibé de vinaigre. On dit au malade de fermer les paupières sans y mettre de force. Il suffit que les bords de cette partie se touchent ; autrement ils se renverseraient vers l'œil, et l'épispastique ne se trouverait pas en contact avec tous les points de la cuticule palpébrale. Si la peau est trop souple ou trop disposée à se plisser, il est même bon de la retirer un peu du côté des arcades orbitaires. Raser le sourcil, couper les cils, est tout-à-fait inutile. Comme l'emplâtre repose sur une excavation inégale, il ne porterait pas régulièrement si on négligeait de mettre par dessus de la charpie à titre de remplissage, de manière à ce que la région orbitaire soit de niveau avec le reste du visage ; quelques compresses et un bandage contentif viennent compléter l'appareil, qui doit être assez solidement fixé, du reste, pour ne pas se déranger pendant vingt-quatre heures. Une fois pansé, le malade n'éprouve plus le besoin de mouvoir les paupières. Le lendemain on défait le tout, une large phlyctène s'est formée sous l'emplâtre ; plus cette phlyctène est complète, plus on a lieu d'en être satisfait ; si elle ne s'est pas déchirée, on l'ouvre. On procède à l'enlèvement de l'épiderme avant d'absterger les surfaces avec un linge fin et très propre.

La fluxion qui s'est opérée sur les paupières en tient les bords comme collés, et quelquefois comme renversés en dedans. Il est inutile, pour le moment, de chercher à les écarter ; la pression qu'on serait obligé d'exercer sur la peau fraîchement dénudée causerait trop de

douleur pour être supportée avec patience par tous les malades. L'opération en elle-même est d'ailleurs superflue, et n'aurait d'autre but que de satisfaire une vaine curiosité; on doit donc s'en dispenser. Si le gonflement est considérable, et qu'il y ait beaucoup de douleur ou de chaleur, on peut appliquer immédiatement un cataplasme émollient à nu sur la plaie du vésicatoire; ce topique, renouvelé matin et soir, pendant un jour ou deux, produit ordinairement un bon effet: je n'y ai recours que dans un petit nombre de cas cependant. Voulant dessécher rapidement la surface exulcérée, je me borne le plus souvent à la couvrir d'un linge criblé, enduit de cérat simple, ou de blanc rhasis, et soutenu par de la charpie, une compresse et une bande contentive.

Le pansement n'a lieu que toutes les vingt-quatre heures, et devient inutile à partir du troisième ou quatrième jour, à partir du moment enfin où il ne se fait presque plus de suintement externe. Il suffit dès lors de lotionner les paupières de temps à autre avec de l'eau tiède, ou de tenir une compresse émolliente sur le devant de l'œil tant que la peau reste un peu sensible.

Chez quelques sujets, la suppuration se tarit du jour au lendemain; chez d'autres, elle se prolonge au delà d'une semaine. Dans quelques cas, il y a d'abord un gonflement très prononcé des couches palpébrales, comme dans l'érysipèle; assez souvent aussi, il ne s'en manifeste que très peu. La vésication est complète et parfaitement égale chez certains malades; chez plusieurs, au contraire, elle est irrégulière et ne porte que sur les points les plus saillans de la base de l'orbite; c'est au voisinage des cils qu'elle manque le plus ordinairement, à cause de la tendance des personnes qu'on y soumet à se tenir les yeux fortement fermés sous l'emplâtre : plus elle est égale et entière, plus elle a d'effet sur l'ophthalmie. C'en est assez pour faire sentir l'importance des soins, des précautions mécaniques que réclame une pareille médication. On peut toutefois être parfaitement tranquille sur les dangers de voir le principe des cantharides pénétrer jusqu'à l'œil; un mouvement automatique des paupières s'y oppose formellement. Ainsi que je le disais tout à l'heure, on a plutôt à craindre que l'action des vésicatoires ne s'étende pas assez vers les cils.

Lorsque la peau est sèche et qu'elle a perdu son excès de sensibilité, le malade commence à pouvoir ouvrir l'œil, qui paraît déjà moins rouge, moins trouble ou moins enflammé; les paupières reprennent ensuite peu à peu leur souplesse et leur mobilité : l'épiderme s'en détache par desquammation comme dans l'érysipèle; la peau reste lisse et rougeâtre au dessous, pendant huit à quinze jours, après quoi tous les caractères naturels ne tardent pas à reparaître. On voit en même temps l'injection sanguine disparaître de jour en jour, d'abord sous l'une ou l'autre paupière, puis vers les angles; le trouble de la cornée se dissipe en même proportion, s'il s'agit d'une kératite sans ulcère ou d'une ophthalmie rhumatique; dans les cas d'abcès, ulcérés ou non, d'hypopion même, ou d'infiltration partielle de lymphe plastique, on s'aperçoit bientôt que les milieux obscurcis tendent à s'éclaircir, que la résorption des matières épanchées commence, et que les excavations de la cornée se détergent, se mondifient. Tant que ce travail de résolution marche, il est inutile d'employer aucun médicament, aucun collyre; des lotions émollientes suffisent. S'il s'arrête promptement et que les accidens soient encore graves, un vésicatoire nouveau est indiqué. Lorsqu'il ne fait que se ralentir, ainsi que je l'ai souvent remarqué dans l'iritis ou les kératites ulcéreuses, des frictions mercurielles sur la peau des paupières, ou des lotions avec les collyres résolutifs ordinaires, sont parfois fort utiles. On ne doit point oublier, au surplus, que dans les plaies et les ulcères de la cornée, le vésicatoire n'a d'autre effet que d'arrêter les progrès de l'inflammation et de la suppuration, que les points blessés n'en doivent pas moins subir ensuite toutes les phases du travail de cicatrisation, et rester plus ou moins opaques.

A. Velpeau,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

II. Considérations sur le traitement des fractures des membres inférieurs.

On a déjà tant écrit sur le traitement des fractures, qu'il doit sembler, au premier aspect, que le sujet soit épuisé, et que cette partie importante de l'art de guérir soit parvenue pour ainsi dire à son point de perfection. Malheureusement, le médecin ne tarde pas à perdre cette consolante illusion dès les premiers pas qu'il essaie dans la pratique, et il reste bientôt convaincu de l'insuffisance et de l'imperfection des divers appareils usités. Déjà plusieurs praticiens distingués ont traité cet important sujet dans ce journal, et je rappellerai, en particulier, ceux de mon savant collègue, le docteur M. Mayor, qui me dispensent de représenter ici tous les argumens pour et contre la suspension employée dans le traitement des fractures des membres inférieurs; la question me paraît décidée en faveur de ce mode de pansement, et tous ceux qui l'auront mis une seule fois en usage, seront, je n'en doute pas, de mon opinion. Cependant cette manière de voir est loin d'être générale, et il faut le dire, la plupart des chirurgiens français préfèrent encore l'appareil ordinaire des bandes et des attelles, parce qu'il possède, en effet, de précieux avantages; la contention immédiate qu'il exerce sur la partie lésée, maintient de toute nécessité les fragmens dans un rapport exact, dans une immobilité parfaite, conditions absolument nécessaires dans le traitement des fractures. Il est certain, par exemple, lorsque le fémur a été fracturé obliquement, qu'il est bien difficile, en le plaçant sur la planchette de M. le docteur Mayor, de s'opposer au raccourcissement, car le membre n'est pas soutenu latéralement, ce qui cependant est ici l'indication essentielle; on voit souvent alors survenir des escarres au talon, produites par le lien qui fixe cette partie à l'extrémité de la planchette, lien qui, dans ce cas, doit être serré avec une

grande force, afin de s'opposer au chevauchement des fragmens, qui se trouvent sous l'influence des muscles puissans de la cuisse. Le même inconvénient se rencontre dans le traitement des fractures du col du fémur par le même appareil, qui agit alors en pratiquant une espèce d'extension continue; d'un autre côté, ce même appareil offre encore le grand inconvénient de favoriser singulièrement les mouvemens de l'extrémité inférieure, et le centre de ces mouvemens ne peut se trouver que dans l'endroit même de la fracture, qui représente exactement le centre d'un cercle dont l'extrémité inférieure serait le rayon.

Sans vouloir m'étendre davantage sur ce sujet, de ce que je viens de dire on peut cependant conclure que les deux genres d'appareils qui se disputent encore actuellement la prééminence dans le traitement des fractures des membres inférieurs, que ces deux genres d'appareils, dis-je, ont l'un et l'autre des avantages positifs, ainsi que des inconvéniens non moins incontestables. Je me suis demandé si, en les combinant, en les fondant, pour ainsi dire, l'un avec l'autre, il n'y aurait pas moyen d'en former un qui réunît leurs avantages respectifs, en atténuant, autant que possible, les inconvéniens attachés à chacun d'eux. Telle est l'idée qui a présidé à la construction de l'appareil que j'emploie avec succès dans les fractures du membre pelvien, dont j'ai déjà donné la description dans un mémoire lu, il y a quelques mois, à la Société des sciences médicales du canton de Vaud.

Parlons, en premier lieu, des fractures de la jambe. Je ne saurais donner une idée plus exacte de mon appareil, qu'en le comparant à un petit lit de camp ou *pliant*, suspendu au plafond par des cordes. Il est en effet composé de deux attelles d'une longueur telle, que partant des condyles du fémur, elles dépassent la plante des pieds de trois à quatre pouces; ces attelles sont percées près de leur bord inférieur de trous destinés à fixer, au moyen de rubans de fil, un morceau de toile forte, de même longueur qu'elles, et large de six à sept pouces; chacune de ces attelles est percée à l'extrémité correspondante au pied, d'un trou destiné à livrer passage à une branche en fer garnie d'une vis et d'un bouton à écrou, destiné à l'alonger ou à la raccourcir à volonté, et par conséquent à éloigner ou à rapprocher les attelles l'une de l'autre; celles-ci sont suspendues par deux cordes attachées à chacune de leurs extrémités, et qui passent dans une poulie qui est elle-même suspendue au plafond de l'appartement.

Appliquons maintenant l'appareil bien simple que je viens de décrire. Nous supposerons d'abord la fracture simple; celle-ci étant réduite, on met l'appareil à plat sur le lit à côté de la jambe malade; on place sur la toile un coussin de balle d'avoine ou de coton, de même longueur qu'elle et un peu moins large, sur lequel la jambe est étendue; on applique alors sur les parties latérales du membre deux petits coussins de même longueur que les attelles et un peu plus larges qu'elles; on relève alors celles-ci qui s'appliquent contre les coussins; on les fixe à la distance convenable au moyen de la vis de la petite branche de fer qui se trouve à leur extrémité, à laquelle le pied est en outre fixé au moyen d'une bande ou d'un mouchoir qui enveloppe le coude-pied en forme de 8 de chiffre; l'appareil est alors élevé par le moyen des cordes à la hauteur convenable, et les attelles sont maintenues par un ou deux mouchoirs qui les appliquent d'une manière encore plus exacte contre la jambe, quoique dans la plupart des cas le poids seul du membre remplisse cette indication. Il est maintenant facile de comprendre que cet appareil bien simple jouit également et des avantages de la suspension et de ceux de l'appareil ordinaire. La douce compression latérale, exercée par les attelles, suffit pour prévenir tout déplacement, soit des fragmens, soit du pied, qui a toujours une tendance à se porter en dehors, surtout dans les fractures des deux os de la jambe, près des malléoles; dans ce cas, si on place le membre sur une simple planche, il faut fortement serrer le lien qui fixe le pied à l'extrémité de l'appareil; de là, des douleurs, des excoriations, des escarres; avec mon appareil, au contraire, ce lien n'a besoin que d'être médiocrement serré, parce que le pied est soutenu sur les côtés par les attelles, qui s'opposent par conséquent à tout mouvement latéral de cette partie; cet appareil offre encore l'avantage de ne gêner la circulation en aucune manière, et quoique maintenant solidement les fragmens osseux, on n'aurait rien à redouter, lors même qu'il surviendrait de la tuméfaction, puisque la jambe est libre par sa face antérieure, circonstance suffisante pour mettre à l'abri de tout accident; le chirurgien jouit encore de l'inappréciable avantage de pouvoir suivre jour par jour les progrès de la consolidation, sans déranger aucunement le malade, et par cela même aussi, il est en état de parer immédiatement à tous les accidens qui peuvent survenir dans le cours du traitement d'une fracture, tels que déviations ou chevauchement des fragmens, phlegmons, érysipèles, épanchemens sanguins, collections purulentes, etc., etc.

Si nous supposons actuellement l'existence d'une fracture compliquée de plaie, de tuméfaction, d'une de ces fractures, en un mot, qui exigent l'emploi de topiques, voici la manière dont le pansement serait exécuté: on glisse sous la jambe un coussin assez ferme, de crin, par exemple, qui remplisse exactement la distance qui sépare le membre du lit du malade; une fois la jambe bien appuyée et soutenue par ce coussin, on délie les cordes de suspension, et on ouvre l'appareil; le membre ainsi à découvert, on fait le pansement, on applique les topiques convenables (cataplasmes, fomentations, charpie, sangsues, etc.), après quoi on relève les coussins et les attelles; en deux mots, on remet les choses dans leur premier état, sans que la jambe ait été exposée au plus léger mouvement, tout comme si on avait mis en usage le bandage de Scultet, avec cette différence cependant, qu'au moyen de mon appareil, le pansement est bien plus expéditif et par conséquent bien moins fatigant pour le malade.

Dans le cas particulier, où la complication

consisterait en une plaie d'arme à feu, traversant la jambe de part en part et d'avant en arrière, l'appareil, au moyen d'une modification bien simple, devient merveilleusement propre à remplir toutes les indications. Cette modification consiste à retrancher de la toile de suspension une bande transversale plus ou moins large et correspondant à l'endroit où vient aboutir l'extrémité postérieure ou inférieure de la plaie; puis, au lieu de faire reposer le membre fracturé sur un coussin d'une certaine épaisseur, on se contenterait de placer sur la toile un léger matelas de coton, assez semblable pour l'épaisseur à ces couvertures ouatées et piquées qui sont d'un usage assez général; ce matelas présenterait aussi une solution de continuité correspondante à celle qui existe déjà à la toile et par conséquent aussi à la plaie. Le membre placé sur l'appareil, on voit déjà que les deux extrémités de la plaie seront parfaitement libres, que le pus pourra s'écouler facilement, sans obstacle quelconque; que l'on pourra débrider la plaie, la sonder, extraire des esquilles; en un mot, faire tel pansement que l'on voudra, sans déranger un fil à l'appareil. On remplacera le défaut du matelas à la partie inférieure de la plaie, par suffisante quantité de charpie ou de coton, ou si on l'aime mieux par des compresses d'égale épaisseur; ces pièces seront maintenues par un mouchoir qui servira à fixer aussi celles qui seront placées sur la face antérieure de la jambe à l'autre extrémité de la plaie. C'est surtout dans un cas semblable que mon appareil me paraît incontestablement plus avantageux que tous ceux qui ont été mis en usage jusqu'à ce jour, et il sera surtout apprécié à sa juste valeur par ceux qui auront eu quelquefois à traiter des plaies d'armes à feu, compliquées de graves désordres dans les os; dans des cas semblables, le plus léger mouvement provoque des souffrances effroyables, et d'ailleurs, toute la partie postérieure du membre se trouve continuellement baignée dans le pus qui s'échappe par l'extrémité inférieure de la plaie. Il n'est pas nécessaire que j'insiste davantage sur les inconvéniens qui en résultent le plus souvent, il me suffira de dire qu'on les atténuera autant que possible, en se servant de mon appareil.

Je ne terminerai pas ce sujet sans faire observer que, partout où le chirurgien sera appelé, il pourra, dans tous les cas, construire avec la plus grande facilité un appareil provisoire, au moyen d'un mouchoir dont les deux bords opposés seront roulés sur deux morceaux de bois aplatis, qui représenteront les attelles et qui seront suspendus au plafond de l'appartement. Cet appareil pourra très bien, à défaut d'autre, remplir le but pour lequel il aura été construit, et cette remarque n'est pas sans importance pour le médecin qui est appelé dans les campagnes, où l'on manque souvent des objets de première nécessité; la chirurgie militaire pourra aussi en profiter dans maintes occasions, et en particulier pour le transport des blessés.

Quand il s'agit d'une fracture du fémur, j'ajoute à l'appareil précédemment décrit une autre partie à peu près semblable, destinée à supporter la cuisse; à l'attelle externe s'articule, par le moyen d'une vis, une autre attelle qui doit s'étendre jusqu'au delà du grand trochanter, et qui peut se fléchir à volonté sur la première; à l'attelle interne s'en articule de même une autre, qui s'étend jusqu'à la partie supérieure et interne de la cuisse; ces deux attelles peuvent s'alonger ou se raccourcir à volonté, par le moyen de trous qui permettent de les adapter aux attelles jambières à la longueur voulue par le sujet que l'on a à traiter. Au lieu de supporter une simple toile, comme dans l'appareil pour les fractures de la jambe, les attelles soutiennent par le même mécanisme une lame de fer-blanc de quatre pouces de largeur environ, légèrement concave, pour mieux s'adapter à la forme du membre, et se prolongeant sur toute la face postérieure de la cuisse; cette lame de fer-blanc s'articule avec une autre semblable qui se prolonge depuis le pli du jarret jusqu'au delà du talon. Ces deux lames de fer-blanc, qui représentent exactement les planchettes de l'appareil de suspension de M. Mayor, peuvent être suspendues aux attelles au moyen de rubans de fil, ou placées simplement sur les toiles de suspension, où elles sont fixées convenablement. Les fragmens du fémur fracturés étant beaucoup plus exposés au chevauchement, aux déplacemens de toute espèce, soit à cause du peu d'épaisseur de l'os, soit à cause de sa profondeur, qui le soustrait aux moyens de contention, soit enfin et surtout à cause du nombre et de la force des muscles qui s'y attachent, il devenait nécessaire d'opposer à ces causes actives une force proportionnée, et un corps solide devait remplacer la toile qui aurait été insuffisante; c'est pourquoi je lui ai substitué ou ajouté la lame de fer-blanc. Du reste, l'appareil se place à peu près de la même manière que celui des fractures de la jambe. L'extension devant se pratiquer non seulement sur le pied, au moyen du lien qui fixe cette partie à l'extrémité des attelles, mais aussi sur toute la face postérieure de la jambe, et spécialement au pli du jarret, l'appareil doit présenter deux plans inclinés, dont le sommet correspond à cette partie; de cette manière la puissance extensive se trouve presque uniformément répandue sur la jambe tout entière, et non pas uniquement sur un seul point, ce qui permet d'éviter les douleurs et les escarres du talon, qui arrivent si fréquemment lorsqu'on fait usage de l'appareil ordinaire de suspension. Pour maintenir les fragmens dans le rapport voulu, on pratique la contre-extension, au moyen d'un mouchoir placé à la partie supérieure et interne de la cuisse, et dont l'une des extrémités est ramenée par devant, l'autre par derrière, pour venir se fixer à l'extrémité trochantérienne de l'attelle externe, ce qui empêche le fragment attenant au bassin de s'avancer sur l'autre; un ou plusieurs mouchoirs fixent encore plus exactement les attelles et la lame de fer-blanc; on pourrait même, en cas de nécessité, appliquer une attelle garnie d'un coussin sur la face supérieure ou antérieure de la cuisse, et prévenir par là, d'une manière plus efficace, toute tentative de déplacement; cependant je ne regarde nullement cette attelle comme d'une

absolue nécessité. Le pansement, quand il y en aurait un à faire, s'exécuterait comme il a été dit, pour les fractures de la jambe, et cela sans plus de difficulté.

Cet appareil, comme on le voit, réunit les avantages du traitement par les attelles, et ceux de la suspension; aussi nous paraît-il en cela plus avantageux que la planchette simple, avec laquelle il est souvent fort difficile de s'opposer aux déplacemens latéraux qui sont si fréquens dans les fractures du fémur, surtout lorsqu'elles sont obliques; les attelles jambières jouissent encore ici de l'avantage de s'opposer à la tendance qu'a le pied de se porter en dehors, tendance à laquelle on ne s'oppose qu'avec beaucoup de difficulté, lorsque le membre fracturé n'est pas soutenu latéralement. Du reste, il n'est pour ainsi dire pas nécessaire d'indiquer que l'appareil des fractures du fémur est susceptible de toutes les modifications dont nous avons parlé à l'article des fractures de la jambe.

Enfin, nous arrivons aux fractures du col du fémur. L'appareil étant appliqué comme pour une fracture du corps de l'os, il ne s'agit plus que de s'opposer, autant du moins que cela est possible, aux mouvemens du membre inférieur tout entier, mouvemens dont le centre se trouve, comme nous l'avons déjà dit, dans l'endroit même de la fracture. J'ajoute à cet effet, à l'extrémité trochantérienne de l'attelle fémorale externe, une troisième attelle de même largeur et longue de quatre à cinq pouces, articulée de la même manière que les autres, et pouvant par conséquent se mouvoir d'avant en arrière et *vice versa* sur l'attelle de la cuisse; cette attelle, garnie d'un coussin, remonte sur la partie externe de la fesse, jusqu'au dessus de la crête iliaque, où elle est fixée par une ceinture qui fait le tour du corps. Cette attelle permet tous les mouvemens de flexion du tronc sur la cuisse, mais elle s'oppose plus ou moins fortement aux mouvemens latéraux de l'un et de l'autre, et favorise ainsi la consolidation des extrémités fracturées. Cette modification permet d'appliquer plus avantageusement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, la suspension au traitement des fractures du col du fémur. Je suis loin de donner mon appareil comme parfait, car il existe ici une difficulté presque insurmontable, l'impossibilité d'agir sur le fragment supérieur, et celle tout aussi grande de maintenir le trou dans un repos absolu.

Telle est la manière dont je suis parvenu à combiner le traitement par les attelles avec celui par la suspension et à former un appareil qui participe également aux avantages de ces deux modes de traitement, sans avoir leurs inconvéniens, ce qui peut me faire espérer qu'il sera accueilli avec faveur, ou au moins sans prévention.

H. Muret, D. M. *Suisse.*

III. Des injections toniques comme moyen d'arrêter la gangrène qui succède a l'érysipèle phlegmoneux.

Dans ce travail, mon but n'a pas été d'établir le diagnostic, l'étiologie, etc., de l'érysipèle phlegmoneux des membres. Tous les traités nouveaux de pathologie chirurgicale ne laissent rien à désirer à ce sujet. J'ai voulu seulement appeler l'attention sur un moyen nouveau d'arrêter la gangrène qui s'empare si souvent du tissu cellulaire quand le phlegmon diffus a une grande intensité ou qu'il affecte certains sujets mal disposés. Tous les chirurgiens reconnaissent que la terminaison par gangrène est de toutes la plus fâcheuse et qu'elle est presque toujours mortelle. La méthode que j'ai adoptée borne la gangrène, et procure une prompte guérison; je croirai avoir fait une chose utile si je la fais connaître à mes confrères, et si j'en établis l'efficacité par des faits assez nombreux.

Ire Observation. — *Érysipèle phlegmoneux de la cuisse.*

Le sieur Fleurion, de Chambray, jardinier, âgé de quarante ans, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution, reçoit dans le courant de mai un coup de pointe de faux à la partie moyenne et interne de la cuisse droite. Considérant la plaie, qui avait un pouce de long, comme peu de chose, il n'en continua pas moins ses travaux; mais une inflammation très violente survint, la fièvre et des symptômes généraux se manifestèrent; il fut alors obligé de garder le lit, et fit appliquer des cataplasmes de mauve. Le mal s'irrita, l'inflammation s'accrut, le gonflement devint considérable; il s'était beaucoup étendu dans tout le membre, mais il était plus prononcé à la partie moyenne de la cuisse. A cette époque, cinquième jour de la maladie, invité à donner des soins au malade, je fus surtout frappé du gonflement, qui faisait une grande saillie au dessus de la plaie; l'inflammation était des plus intenses; la peau était tendue, luisante, sa rougeur livide, violacée; cette couleur se répandait au loin. La douleur très vive, la tuméfaction plus prononcée dans ce point, une fluctuation obscure, me faisaient croire qu'il y avait du pus. Je proposai au malade d'agrandir l'ouverture de la plaie; il s'y refusa formellement: il y avait imminence de gangrène à la peau. L'expérience m'avait appris à ne pas me fier seulement aux moyens ordinaires; j'en voulus chercher d'autres: j'employai les injections de vin chaud par la plaie, je les réitérai plusieurs fois le jour et la nuit; chaque fois elles entraînaient un pus fétide et des bourbillons. Le lendemain, diminution du gonflement très grande, rides et flétrissures de la peau, dont la lividité, la tension avaient disparu; le malade avait peu de fièvre: il se plaignait peu de sa douleur. Un mieux aussi prompt, aussi sensible, m'engagea à continuer les injections; elles amenèrent en peu de temps la guérison.

Le mérite des injections consiste ici non seulement dans la rapidité de la guérison, mais surtout dans la cessation presque subite de tous les accidens. La gangrène de l'enveloppe cutanée allait paraître: ne peut-on pas affirmer qu'elles l'ont prévenue?

IIe Observation. — *Erysipèle phlegmoneux spontané de la main et de l'avant-bras avec gangrène.*

Le sieur Pasquier, de Saint-Cyr, âgé de soixante-six ans, vieillard encore assez fort, applique pendant plusieurs jours des cataplasmes émolliens sur un gonflement du dos de la main et de l'avant-bras. Le gonflement, loin de diminuer, s'accroît ; au bout de quelques jours, la gangrène frappe toute la peau de la face dorsale de la main droite, menace d'envahir l'avant-bras ; mais des injections de vin aromatique, que je fais alors dans tous les foyers purulens, arrêtent les progrès de la gangrène et de l'inflammation. Celle-ci diminue successivement. Quelques jours après, il ne restait plus que l'escarre du dos de la main : elle tombe, et laisse à découvert une plaie où l'on distingue, parmi les tisssus aponévrotiques, les tendons extenseurs. Cette plaie, pansée méthodiquement, guérit très bien, sans exfoliation de ces tendons ; la gêne de leurs mouvemens n'a duré que deux mois. D'après ce résultat, on ne peut méconnaître l'influence des injections pour arrêter les progrès de la gangrène ; du moment où elles ont été faites, la gangrène, qui était envahissante, s'arrête, ainsi que tous les autres accidens.

IIIe Observation. — *Érysipèle phlegmoneux avec gangrène occupant tout le membre pelvien droit et remontant jusqu'aux lombes.*

Le sieur Bouchet, de Pont-Cher, commune de Joué, maître maçon, âgé de trente-trois ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, d'une petite stature, est pris, vers les derniers jours d'octobre, de gonflement dans l'aîne droite. Les glandes de cette région sont douloureuses, tuméfiées. Il attribuait avec raison ce gonflement à une écorchure que lui avait faite son soulier dans une marche forcée. Depuis ce temps il avait ressenti du malaise, de l'inappétence, des envies de vomir. Il frissonnait de temps en temps, et croyait avoir de la fièvre, parce qu'il éprouvait, surtout la nuit, de la soif, une chaleur inaccoutumée et du mal de tête. Le gonflement de l'aîne s'étendant à la cuisse, la douleur devenant plus vive il cessa son travail, et se fit appliquer par sa femme des cataplasmes émolliens sur les parties douloureuses et tuméfiées. Il arriva un effet tout contraire à celui qu'il en attendait : en vingt-quatre heures tous les symptômes s'accrurent, et le forcèrent à réclamer les secours de l'art. Cinquième jour de l'invasion : arrivé auprès du malade, j'examinai le membre affecté ; je le trouvai triple de son volume ordinaire ; la peau était tendue, rouge, violacée, noirâtre dans certains points. Plusieurs phlyctènes, pleines d'une sérosité rousse, se trouvaient au pli de l'aîne et à la partie supérieure et antérieure de la cuisse. L'érysipèle s'étendait de tous côtés, et de préférence vers la fesse ; les lombes et le flanc droit ; la fièvre est violente, la chaleur brûlante, le pouls vite et petit ; yeux hagards, délire, agitation, insomnie ; langue, dents sèches, fuligineuses : vingt-quatre heures avaient suffi pour amener tous ces symptômes alarmans. Le danger était grand ; une consultation médicale eut lieu sur-le-champ. Il fut décidé de poser un large vésicatoire volant sur la fesse, de saupoudrer les escarres, qui avaient succédé aux phlyctènes, de poudre de kina, et de couvrir tout le membre de compresses imbibées d'un mélange de parties égales d'eau-de-vie camphrée et de vin aromatique (à l'intérieur, décoction de kina camphrée, infusion de tilleul et de mélisse, bouillon de poulet).

Le lendemain, sixième jour, exaspération du mal, cependant moindre tuméfaction sous le vésicatoire volant. Alors je me décidai à pratiquer des ouvertures sur les escarres mêmes : le décollement de la peau était considérable ; il existait çà et là des cloisons qui formaient plusieurs foyers purulens. Des injections furent faites dans tous les foyers et entraînèrent un pus séreux, fétide, des lambeaux de tissus cellulaire et aponévrotique : chaque fois qu'il s'en formait de nouveaux, on pratiquait des ouvertures et des injections y étaient portées ; elles étaient composées tantôt de parties égales de vin aromatique et d'eau-de-vie, tantôt de chlorure d'oxide de sodium convenablement étendu d'eau. Du moment où les injections furent faites, il y eut une amélioration notable ; on ne vit plus paraître de nouvelles phlyctènes, ni de nouveaux points de gangrène ; les symptômes généraux s'amendèrent. La flétrissure de la peau, la diminution du gonflement dans les points où le liquide avait pénétré, étaient caractéristiques. Vers la partie la plus externe du pli de l'aîne, la tuméfaction et la rougeur violacée du tissu cutané indiquaient une accumulation de liquide ; il s'écoule de l'incision qui y est faite beaucoup de sérosité ichoreuse ; on l'injecte, la poche se nettoie, le dégorgement a lieu ; dès lors toutes les craintes de gangrène disparaissent. Ce traitement, continué plusieurs jours, amène une guérison prompte, qui n'est retardée que par la cicatrisation des plaies des escarres.

Je suis bien persuadé que la gangrène eût envahi tout à la fois la cuisse et la hanche, que la mort en eût été la suite, sans les injections spiritueuses qui ont arrêté la gangrène dans les points où elle existait, et qui l'ont empêchée de se développer là où elle était imminente.

Les observations qui précèdent nous démontrent les heureux effets des injections, soit pour prévenir la gangrène de la peau, soit pour en arrêter les progrès. Dans celle qui suit, on trouvera que l'emploi simultané des incisions et des injections, dès le commencement, est une des meilleures médications, quand il y a décollement ; peut-être la plus sûre d'arrêter la maladie, lorsque ni la compression, ni les vésicatoires volans, ni les autres moyens ne peuvent être appliqués, ou lorsque leur application a été sans résultat ou n'a pas été faite.

IVe *Observation.*

Le sieur Lecomte, de Saint-Cyr, vigneron, âgé de cinquante-deux ans, maigre, habituellement d'une bonne santé, mais d'un caractère irascible, se frappa, en taillant ses vigues, au tiers supérieur de la face interne du tibia gauche, avec le tranchant de sa serpe. La coupure avait trois lignes, elle donna peu

de sang ; il n'en continua pas moins son travail. Pendant quelques jours la plaie resta stationnaire ; mais le travail, le frottement du pantalon finirent par l'envenimer ; il se forma un abcès auquel je donnai issue. La jambe fut couverte de cataplasmes émolliens. La guérison paraissait prochaine ; lorsque tout-à-coup une rougeur érysipélateuse survint ; la fièvre, de l'anorexie, de la céphalalgie, du malaise se déclarèrent. Le lendemain et jour suivant, même état. Le quatrième jour de l'invasion, exacerbation de tous les symptômes ; le gonflement de la jambe est très prononcé, la douleur forte et pongitive. La peau est rouge, tendue, luisante ; déjà la rougeur a dépassé le genou, elle est sur le point d'envahir la cuisse. On réclame ma visite ; j'arrive, je vois le mal, il me paraît grand. Pour en arrêter l'extension, je me décide aussitôt à faire quatre incisions, distantes les unes des autres d'un pouce au moins, longues de quatre, à la partie interne et postérieure du mollet, là où le décollement me semble devoir exister. Leur profondeur n'alla pas au delà du tissu cellulaire, qui déjà était frappé de mort ; il renfermait dans ses cellules une sérosité purulente qui s'épanchait dans les points décollés et formait des clapiers d'où des injections légèrement spiritueuses la firent promptement écouler.

Le cinquième jour, la rougeur, le gonflement avaient beaucoup diminué, la fièvre avait presque entièrement cessé. En peu de temps, le tissu cellulaire mortifié se détacha, fondit en pus, entraîné par les injections continuées avec persévérance. Les jours suivans, la suppuration devint moins abondante, les chairs s'avivèrent, et la cicatrisation s'effectua promptement.

On doit conclure de cette observation que l'on peut tirer un grand avantage, même dès l'invasion de l'érysipèle phlegmoneux, des grandes incisions et des injections continues. Je suis porté à croire que, dans le plus grand nombre des cas, c'est à cette médication que l'on devrait donner la préférence.

Si les injections ont une si heureuse influence sur l'érysipèle phlegmoneux, que l'on a appelé avec raison gangréneux, ne doit-on pas en tirer une induction bien avantageuse pour le traitement de l'anthrax, du charbon, de la pustule maligne, etc. ? Traitées par les injections, ces maladies, essentiellement gangréneuses, pourraient bien perdre de leur gravité et faire moins de victimes. C'est à l'expérience à sanctionner ces réflexions.

MORAND, D. M. P. *à Tours.*

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Au Rédacteur.

Doit-on toujours opérer les calculs, lorsque leur présence dans la vessie est démontrée par le cathétérisme et que leur volume est assez considérable pour intercepter entièrement le cours des urines ?

Je réponds à cette question : non ; parce que s'il est des calculs qui ne sont point susceptibles d'être attaqués par les moyens internes connus jusqu'à ce jour, il en est d'autres que l'on peut espérer de voir dissoudre par certains médicamens qui exercent une action plus ou moins directe sur les matières qui composent l'urine et sur les substances même du calcul.

Les exemples suivans prouveront la vérité de ma proposition.

Le fils d'un maréchal du village d'Hacouville (Saint-Pierre-Eglise), nommé Dupuis, âgé de trois ans et demi, fort et bien constitué, se plaignait depuis huit mois de douleurs dans le bas-ventre avec difficulté d'uriner. Les parens n'en firent point cas d'abord, parce que leur enfant rendait souvent des vers et qu'ils rapportaient ses douleurs à la présence de ces animaux dans le tube intestinal. Les anthelmintiques furent prodigués inutilement.

Voyant que le petit souffrait davantage de jour en jour et qu'il ne pouvait plus rendre son urine qu'après des tourmens affreux, ils se décidèrent à me le présenter.

Voici ce que je remarquai :

L'enfant pleurait sans cesse ; il ressentait une vive douleur dans la région de la vessie qui était tendue, sa face était crispée, il avait maigri, sa peau était flasque, sèche, la langue assez naturelle, cependant un peu rouge sur les bords et la pointe. Il y avait de la fièvre sur le soir et le sommeil était effacé. J'attendis le moment où le besoin d'uriner se fit sentir, et alors je vis ce petit malheureux claquer des dents, se tordre les membres, se courber le corps en avant en le serrant fortement avec ses mains, trépigner des pieds, se rouler sur le carreau, se heurter contre les murs, tirer sur sa petite verge comme s'il eût voulu l'arracher, pousser des cris aigus jusqu'au moment où il eût rendu à peu près un demi verre d'urine par un jet fort mince ; alors il souffrit moins et reprit même un peu de gaîté.

Il me fut facile de soupçonner la présence d'un calcul dans la vessie, qui, par les violentes secousses que l'enfant avait imprimées à tout son corps, s'était déplacé pour permettre de passer à la petite quantité liquide qui venait de s'écouler.

La sonde me prouva la vérité de mon diagnostic. M. le docteur Vasnier, célèbre lithomiste de Cherbourg, s'assura également qu'il existait dans la vessie un calcul très mobile et assez volumineux. Il décida l'opération.

L'âge si tendre de ce pauvre enfant, sa douceur, sa gentillesse, les douleurs qu'il allait souffrir, les accidens qui pourraient survenir après l'opération, etc., me déterminèrent à ne la faire que dans le cas où les moyens que je me proposai de mettre en usage auraient échoué. Il était facile de faire écouler les urines par la sonde, d'empêcher ainsi les douleurs, tandis que je chercherais quelles étaient les matières qui constituaient principalement le sédiment abondant qui se trouvait au fond des vases dans lesquels l'enfant avait uriné. L'analyse me fit reconnaître la présence d'une grande quantité d'acide urique, et je pensai que la magnésie pourrait être administrée avec avantage à fortes doses et pendant long-temps.

Je soumis donc mon petit malade à l'usage

des bains tièdes, des lavemens émolliens, à un régime végétal absolu et à l'infusion de pariétaire pour seule boisson. Il prit de deux en deux heures douze grains de magnésie dans de l'eau sucrée ou dans du lait doux. La magnésie fut ainsi donnée à la dose d'un gros chaque jour.

A la fin du premier mois, nous n'eûmes que peu d'amélioration. Les parens commençaient à se désoler, et je les engageai à tenir bon et à continuer encore quelque temps. Au bout de six semaines nous remarquâmes un mieux sensible. Les urines étaient limpides, elles ne faisaient plus de dépôt; l'enfant était plus gai; il avait le teint plus animé; ses douleurs avaient considérablement diminué et il urinait seul sans trop d'efforts par un jet assez gros. Le calcul me parut avoir souffert une diminution notable de volume, et je m'applaudis d'avoir persisté dans ce traitement.

Un mois après, Dupuis ne ressentait plus aucune douleur, il urinait sans difficulté, et aujourd'hui, il est entièrement guéri. Depuis un an il n'éprouve rien du côté de la vessie qui puisse m'indiquer que le calcul n'a pas été entièrement dissous. J'ai cependant prescrit douze grains de magnésie matin et soir, aussitôt que ses urines charrient, et cela, par pure précaution. La magnésie continuée ainsi pendant plus de deux mois ne l'a point fatigué; il n'a éprouvé aucune colique; seulement, il a eu constamment le ventre très libre.

Je l'ai revu, il y a peu de jours; il est gras, potelé, vermeil, et jouit de la meilleure santé.

Je pourrais joindre ici l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, chez lequel j'ai employé le même traitement dans un cas à peu près semblable à celui du jeune Dupuis (seulement la pierre ne fermait pas complétement le col de la vessie), et qui a également guéri. Chez ce dernier sujet, la magnésie fut portée à la dose de deux à quatre gros pour vingt-quatre heures (par doses fractionnées), car c'est de cette manière que j'ai trouvé qu'il était plus convenable de l'administrer.

Le régime absolument végétal est indispensable : sans lui point de guérison, comme j'ai pu le remarquer. Le malade doit se tenir bien couvert et ne doit faire qu'un exercice fort modéré. Il doit éviter toutes boissons alcooliques et fermentées. L'usage de l'eau pure ou de réglisse est ce qu'il y a de mieux.

Pour prouver qu'on ne saurait insister avec trop de sévérité sur le régime végétal, je pourrais rapporter l'histoire de la maladie de la mère d'un de mes amis, médecin très distingué, sujette à la gravelle et qui rendait des graviers en abondance lorsqu'elle avait fait usage d'une nourriture animale, tandis qu'il lui suffisait de ne prendre que des alimens végétaux pendant deux à trois mois pour voir ses petits calculs disparaître entièrement. Nous y reconnûmes également une surabondance d'acide urique.

L'analyse qu'ont faite Fourcroy et Vauquelin, d'un grand nombre de calculs, et plus récemment d'autres chimistes distingués, ne nous a-t-elle pas appris que plus du quart contenaient une énorme quantité d'acide urique?

Aussi, en publiant ces observations, notre but est-il d'appeler l'attention des praticiens sur un sujet aussi intéressant. Bien que les deux cas qui se sont présentés à notre pratique soient rares, surtout à cause du volume de la pierre, nous n'avons pas la prétention de les présenter comme uniques. Nous savons que plusieurs médecins d'un grand nom en ont recueilli de semblables avant nous et que les mêmes moyens ont été employés. Seulement, nous désirons faire remarquer ici, que pour agir convenablement, la magnésie doit être portée à de fortes doses et continuée très long-temps.

De ces faits de pratique, revêtus de toute l'authenticité désirable, puisque je peux présenter les sujets à ceux qui voudraient les interroger, il résulte :

1° Que dans un grand nombre de cas où il est permis de différer l'opération (par quelque procédé que l'on veuille la pratiquer), on doit analyser le sédiment de l'urine;

2° Que si l'acide urique prédomine, on aura recours au traitement que j'ai indiqué, puisque s'il ne servait pas, il ne pourrait jamais nuire;

3° Que l'alimentation végétale est indispensable;

4° Que l'on doit éviter, avec le plus grand soin, tout écart de régime, parce qu'il empêcherait la guérison ou au moins la retarderait;

5° Enfin, que ce même traitement pourrait avoir plus d'efficacité dans des calculs commençant et qu'on ne doit jamais le négliger.

A. Collin, D. M. P.,
A Saint-Pierre-Eglise, près Cherbourg.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Permettez-moi de vous adresser une légère réclamation au sujet d'une note que renferme le numéro de septembre dernier de votre Journal, page 116. En lisant cet article, j'avais de suite pensé à m'adresser à vous; puis, distrait par d'autres occupations, je n'y avais plus songé. Mais cette note vient d'être répétée par un journal, et les motifs de cette réclamation s'en trouvent augmentés, puisqu'elle reçoit encore plus de publicité.

En parlant d'un orfèvre *qui s'est guéri d'un bouton cancéreux en le touchant par hasard avec une solution d'or dans l'eau régale*, vous dites que ce fait a donné l'idée à M. le docteur Récamier d'employer la même solution pour toucher des ulcères cancéreux, de sorte qu'on pourrait penser que c'est cet illustre praticien qui aurait introduit ce nouveau moyen dans la thérapeutique. Il n'en est cependant rien, puisque voilà bien six à huit ans que j'emploie dans ma pratique le *muriate d'or acide*, c'est-à-dire une solution d'or métallique par l'acide hydrochloro-nitrique (1). J'emploie ce causti-

(1) C'est la solution que j'indique dans mon ouvrage pour obtenir le muriate d'or; voici la formule de cette solution :

Prenez or pur laminé et divisé en petits fragmens, une partie.

Acide hydrochlorique à 22°, 1° 17 de densité, trois parties.

que dans tous les cas d'ulcères de trop mauvaise nature et qui menacent d'envahir de nouvelles parties, ou bien quand ils résistent trop à l'action du traitement interne.

J'ai retiré de l'emploi de ce mode de cautérisation d'inappréciables avantages, et une fois, chez le valet de chambre de madame la comtesse de L. Ch***, j'ai obtenu, à l'aide de ce caustique, la cicatrisation d'un *bouton cancéreux* qui menaçait de faire de nouveaux progrès, après avoir résisté à une foule d'autres moyens. Mais si précieux que soit pour moi ce caustique, je ne le considère jamais que comme adjuvant d'un traitement interne, que je crois toujours devoir administrer, à l'exception des cas, fort rares du reste, où je suis certain de la localisation du mal.

Quant à l'application de la solution *acide aurifère* au traitement du carcinome utérin ou des ulcérations du col de cet organe, il y a long-temps que je me proposais d'y avoir recours dans le cas où le traitement interne m'eût été insuffisant; mais le cas ne s'est point encore présenté à mon observation dans le petit nombre de maladies de ce genre que j'ai eu l'occasion de traiter.

J'ai bien l'honneur d'être, etc.

A. LEGRAND, D. M. P.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

I. CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE. — DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES, DE SES SOURCES, DE SES INCERTITUDES ET DE SES ERREURS. — *Thèse soutenue par* M. A. Bérard, *agrégé en exercice, chirurgien de l'hospice de la Salpétrière* (1).

Le livre de M. Bérard n'est pas de ceux qu'on peut juger avec sévérité. Traiter avec une certaine étendue, en dix jours, une question qui embrasse tout le cercle de la pathologie externe, et à laquelle il était difficile de s'attendre et de réfléchir à l'avance, c'était une tâche devant laquelle plus d'un homme capable aurait été tenté de reculer. Sachons gré à M. Bérard de ne s'être pas rebuté. S'il n'a pas fait un bon ouvrage, dans toute la rigueur de l'acception de ce mot, il en a du moins habilement tissu le canevas qu'il nous a fait désirer de lui voir remplir à loisir, et en s'aidant de toutes ses ressources; s'il réalise cette espérance, nous l'engageons à conserver son style clair, précis et sans prétention, et à se défaire seulement de quelques locutions négligées ou vicieuses que les gens de notre art ont le tort de se permettre, et qu'il eût évitées sans doute s'il n'avait pas dû écrire avec tant de précipitation. La part ainsi faite à l'éloge et à la critique, nous revenons au modeste rôle de simple analyste, dans lequel nous aimons assez généralement à nous renfermer.

Dans une courte introduction, M. Bérard fait ressortir la difficulté de distinguer d'une manière absolue les affections dites chirurgicales de celles qu'on appelle médicales; puis il attribue aux premières les caractères ci-après, sans toutefois les croire plus distinctifs qu'ils ne le sont en réalité. Ces caractères sont: 1° d'être le résultat d'une violence extérieure; 2° d'occuper la surface du corps; 3° d'être curables par l'application de la main nue ou armée d'instrumens.

Plus loin (chapitre premier), il établit que la science du diagnostic, plus facile en général pour le chirurgien que pour le médecin, est aussi moins indispensable pour ce dernier, qui a la ressource de combattre l'ensemble des symptômes quand l'altération locale lui échappe, et dont les bévues sont moins palpables pour les personnes étrangères à la médecine. Il fait sentir en peu de mots l'importance des connaissances anatomiques et physiologiques sous le rapport du diagnostic chirurgical, et la nécessité où se trouve le chirurgien d'apprécier avec exactitude les chances de résistance que peut offrir le malade qui doit subir une opération, et l'influence qu'exercent sur la lésion apparente les affections cachées et même l'état normal de la constitution.

Le chapitre second est consacré à l'examen rapide des sources du diagnostic dans les maladies chirurgicales. Ces sources se rapportent à quatre chefs: 1° le commémoratif; 2° les symptômes actuels; 3° les notions acquises par l'application des sens; 4° les inductions tirées par le raisonnement de la comparaison des faits. Au premier chef se rattachent les causes du mal, la marche qu'il a affectée, la nature et les effets du traitement par lequel on l'a déjà combattu. Ainsi « la considération de l'âge, du sexe, du tempérament du malade, de ses parens, du lieu qu'il habite, de sa nourriture, de sa profession, de ses habitudes, de ses maladies antérieures, peut fournir des données utiles. » Il en est de même des causes occasionelles. Une tumeur douloureuse du scrotum survenue pendant le cours d'une urétérite, est presque inévitablement une orchite blennorrhagique; une fracture du péroné, causée par une torsion brusque du pied en dehors, est presque toujours oblique en haut et en dehors, et compliquée de l'arrachement de la malléole interne, etc. C'est seulement par la marche qu'elle a suivie qu'une tumeur anévrysmale, dans laquelle les battemens ont cessé, se distingue d'une autre tumeur dure. Une hydrocèle du scrotum qui a perdu sa transparence, peut être méconnue si l'on ignore que plusieurs fois déjà la ponction de la tumeur a donné lieu à l'écoulement d'un liquide séreux. A ces moyens de diagnostic viennent s'ajouter diverses circonstances accessoires. « Ainsi la connaissance de la région du corps

Acide nitrique à 32°, 1° 26 de densité, une partie. Laissez dissoudre à froid dans un matras à col long et étroit.

(1) In-8° de 251 pages. Paris, 1836, chez Béchet jeune.

qui a été blessée, ou sur laquelle la chute a eu lieu, le sens dans lequel le membre a été renversé, aideront à reconnaître une luxation de l'humérus, une fracture de l'extrémité inférieure du radius ou du péroné. » Les qualités physiques du corps vulnérant, la direction et la profondeur de la plaie, l'état des vêtemens, etc., sont encore autant d'élémens du diagnostic. Toutefois, le commémoratif ne doit être admis qu'avec réserve, et bien des malades trompent ou se trompent.

Parmi les symptômes actuels que présente le malade, les altérations survenues dans la forme des parties affectées, dans leur direction, dans leur volume ou dans leur consistance, leur état d'œdême ou d'emphysême, leur température, etc., l'attitude du malade, la manière dont s'exerce la déglutition, l'excès ou l'absence d'appétit, le hoquet, le vomissement, la nature des matières vomies ou rendues par les voies inférieures, les anomalies de la respiration, de la circulation générale ou locale, les diverses altérations des sécrétions normales, la nature et l'abondance des sécrétions accidentelles, la manière dont se fait l'excrétion, l'état des conduits excréteurs, les modifications des facultés motrices, de la sensibilité et de l'intelligence; certaines sensations éprouvées par le malade; le bruit de pot cassé dans la fracture du crâne; le coup de fouet dans la rupture du plantaire grêle, etc., fournissent au diagnostic des données plus précises et plus claires que dans les précédentes.

La source la moins suspecte du diagnostic est sans contredit l'application des sens; cette application doit être faite avec méthode et être entourée de diverses précautions. M. Bérard recommande, 1° de découvrir entièrement le corps du malade; 2° de comparer les deux côtés; 3° et 4° de pousser rapidement l'investigation si le temps est froid, s'il existe quelque maladie épidémique; 5° de varier les positions de la partie qu'on examine; 6° de porter son attention sur les parties qui ont des rapports, sympathiques ou autres, avec le point malade; 7° il indique les principaux instrumens à l'aide desquels on rend le diagnostic plus précis.

Le sens du goût est de tous celui qui fournit le moins de notions diagnostiques, il peut néanmoins éclairer le chirurgien dans le cas de diabetès, de fistule biliaire, etc. L'odorat fait reconnaître les fistules urinaires; la présence des matières stercorales dans les liquides vomies, dans celles qui s'écoulent par une plaie des parois abdominales. « Le sens de l'ouïe peut être employé pour reconnaître un calcul urinaire, un corps étranger, une fracture, une maladie de l'abdomen ou de la poitrine, l'emphysême, un anévrysme, une tumeur érectile, une nécrose, une dénudation d'os, une inflammation du péritoine, une hernie, une perforation des voies aériennes ou circulatoires» un empyême, l'accumulation de gaz ou de matières stercorales dans l'intestin, d'urine dans la vessie, une plaie du sinus frontal, de la trachée-artère, la pénétration de l'air dans une veine. Par la vue, on apprécie la déformation des parties, l'altération de leur couleur, caractère dont les nuances distinguent l'érysipèle, le phlegmon, l'anthrax, la pustule maligne, les inflammations des vaisseaux lymphatiques, l'inflammation qui menace de se terminer par gangrène, les ecchymoses, les diverses cicatrices, et dont l'absence aide à reconnaître le lipôme, la hernie, etc. La coloration est modifiée à toute la surface du corps chez les malades atteints de lésions organiques anciennes, de phlébite. Dans les solutions de continuité, c'est encore la vue qui apprécie la forme, la texture des parties divisées, le volume et la couleur des bourgeons vasculaires, l'aspect des ulcères, la disposition de leurs bords, la nature, la quantité des liquides qui s'en échappent, l'intermittence ou la continuité de l'écoulement. C'est par elle que sont reconnus les ulcères du pharynx, certaines maladies des fosses nasales, du conduit auditif, du col de l'utérus, des différens milieux de l'œil, la translucidité accidentelle des parties, ou l'altération de leur transparence naturelle. A ce sujet, M. Bérard décrit avec quelque détail les diverses manières de faire arriver la lumière sur le point qu'on veut examiner, et d'en apprécier la transparence.

De tous les sens, celui qui fournit les renseignemens les plus nombreux, les plus variés, c'est le toucher. C'est par lui qu'on reconnaît la température de l'organe malade, le degré de sensibilité dont il jouit, sa consistance, sa forme, sa mobilité, son étendue, sa profondeur, les battemens, le frémissement, la crépitation même dont il est le siége. Ici M. Bérard s'attache à distinguer la sensation du *flot* qui vient frapper la main appliquée sur l'un des côtés d'une tumeur remplie d'un liquide réuni en une seule poche, lorsqu'on percute légèrement le côté opposé, de la *fluctuation* qu'on perçoit dans les collections moins considérables, par la pression alternative des deux mains; il fait ressortir les difficultés que présente l'appréciation de ce phénomène, et il signale les erreurs où l'on peut tomber en examinant des tumeurs par infiltration des tumeurs graisseuses, des fongus, etc. Puis il établit les nuances qu'offre la crépitation dans les fractures, dans le cas d'usure des surfaces articulaires, dans l'emphysême, les bosses sanguines, les kystes synoviaux, l'inflammation des gaînes tendineuses, l'amincissement et le soulèvement des os plats, l'accumulation de certains corps étrangers, tels que des noyaux de cerises, dans l'intestin: ces détails sont pleins d'intérêt; mais, outre qu'ils ne sont pas entièrement neufs, nous ne pourrions les rapporter sans dépasser les limites qui nous sont assignées.

Il ne suffit pas de percevoir, il faut encore comparer et juger. C'est dans ses souvenirs personnels et dans les archives de la science, que le chirurgien va puiser ses points de comparaison. Tantôt le premier aspect de la partie malade lui fait naître l'idée de telle ou telle maladie, et il cherche les signes moins apparens qui doivent confirmer son diagnostic. Tantôt il élimine successivement toutes les maladies qui ont quelques rapports avec celle qu'il a sous les yeux, et il semble que cette manière de procéder doive l'amener nécessai-

rement au but qu'il se propose. Mais par malheur, comme le fait observer judicieusement M. Bérard, nous ne savons pas tout, nous ne nous souvenons pas de tout; et d'ailleurs, en supposant que le chirurgien ait l'instruction la plus étendue et la mémoire la plus fidèle, qui lui répond qu'il n'aura pas affaire à quelqu'une de ces maladies anormales que personne n'a jamais vues, ou du moins jamais décrites?

Le chapitre troisième est rempli par l'exposé des incertitudes du diagnostic. Le défaut de renseignemens, l'absence de symptômes qui ne se présentent qu'à une époque plus avancée de la maladie, la difficulté d'examiner la partie malade à cause de la douleur, ou de tout autre motif, l'absence d'nn signe important, du raccourcissement, par exemple, dans une fracture du col du fémur, l'impossibilité de soumettre la lésion à l'appréciation de la vue et du toucher, la coexistence de deux affections dont l'une masque l'autre, ou lui prête un aspect nouveau, l'identité des signes de deux maladies, l'irrégularité de la marche et les anomalies dans les symptômes, la disparition brusque de ceux-ci; telles sont les principales causes d'incertitude. Parmi les moyens qui peuvent la faire cesser, M. Bérard cite la ponction explorative, le cathétérisme, l'emploi du spéculum, des bougies, des stylets, l'observation attentive de la marche de la maladie, l'essai d'un traitement explorateur, etc. Il termine par ce sage précepte que, dans le doute sur la véritable nature du mal, il faut agir comme s'il était de la nature la plus grave.

La seconde moitié de l'ouvrage que nous cherchons à faire connaître à nos lecteurs est consacrée tout entière au chapitre des erreurs du diagnostic: c'est la partie la plus curieuse du livre et celle qui témoigne le plus hautement de l'érudition de l'auteur, mais elle se refuse complétement à l'analyse; elle n'est en effet elle-même que l'analyse de deux cent soixante-sept observations, et le catalogue des bévues de nos plus grands maîtres. Nous nous bornerons à indiquer les seize chefs auxquels M. Bérard rapporte les erreurs qu'il enregistre : 1° et 2° identité ou simple analogie des symptômes de deux maladies; 3° absence des symptômes propres de la maladie, et existence des symptômes qui appartiennent à une autre affection; 4° coexistence de deux maladies; 5° maladies modifiées par les parties voisines, de manière à ressembler à une autre; 6° maladies attribuées à un corps étranger qui n'existait pas; 7° corps étrangers méconnus; 8° maladies masquées par un vice de conformation; 9° maladies excessivement rares, ou qui n'ont jamais été observées; 10° erreurs provenant de ce qu'il existe dans la science des opinions erronées; 11° erreurs provenant de ce que l'exercice d'une fonction amène des changemens anatomiques qui simulent une maladie (grossesse); 12° maladies examinées trop superficiellement; 13° maladies méconnues à cause de la profondeur de leur siége; 14° méprises dues à de faux renseignemens, à l'obstination du malade, à l'ignorance du chirurgien; 15° maladies simulées.

CHAMBEYRON, D. M. P.

II. NOUVEAU TRAITÉ DE PHARMACIE THÉORIQUE ET PRATIQUE, *par M.* E. Soubeiran, *chef de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, professeur à l'école de pharmacie, membre de l'Académie royale de médecine, de la Société philomatique, etc., etc.* (1).

Le nouvel ouvrage que nous annonçons aujourd'hui est du petit nombre de ceux qui feront époque dans l'histoire de la pharmacie; à l'exemple des pharmacopées de Charas, de Lémery, de Baumé, il présente un tableau exact et habilement tracé des connaissances pharmaceutiques, au moment de sa publication, et comme elles aussi, il doit être un monument durable d'une des phases de la pharmacie.

Plus d'une fois, en l'étudiant, nous avons regretté que les limites d'une simple analyse ne nous permissent pas de reporter nos regards en arrière, et de comparer cette pharmacopée de 1836, riche de toutes les applications de la physique et de la chimie moderne, avec celle que nous ont léguée nos ancêtres. Ce serait une revue curieuse en effet, et instructive pour les médecins et les pharmaciens, que celle de ces anciens ouvrages trop oubliés aujourd'hui.

En prenant pour point de départ la première pharmacopée française vraiment digne de ce nom, je veux dire la pharmacopée royale, galénique et chimique, dont Charas offrit la dédicace à Colbert en 1686; si l'on parcourait ses éditions successives, puis celles de la pharmacopée universelle de Lémery, des élémens de pharmacie de Baumé, et de quelques autres ouvrages plus récens, on pourrait suivre pas à pas les progrès de la pharmacie et de la thérapeutique, et reconnaître les idées diverses qui, jusqu'à ces dernières années, ont tour à tour servi de règle dans la préparation des médicamens. Indépendamment de l'intérêt de curiosité qu'offrirait un pareil examen, on en recueillerait le double avantage de mieux juger les progrès immenses que les recherches des pharmaciens modernes ont fait faire à la pharmacie depuis le commencement de ce siècle, et d'apprécier avec plus d'exactitude le mérite du traité de M. Soubeiran, qui en est le résumé le plus complet.

Mais un travail aussi étendu m'entraînerait au delà du cadre de ce journal; je me hâte de rentrer dans mon sujet.

On attache, en général, et souvent avec raison, peu d'importance à la préface d'un livre; on perdrait beaucoup cependant à négliger celle que M. Soubeiran a placée en tête de son premier volume; c'est une introduction nécessaire à la lecture de l'ouvrage; c'est un exposé simple et clair du but que l'auteur s'est proposé en écrivant son traité, et de la marche qu'il a suivie pour l'atteindre; c'est aussi un coup d'œil philosophique jeté sur l'ensemble de la pharmacie, sur ses rapports avec les sciences physiques et naturelles, sur sa nomenclature, sur les nombreuses lacunes

(1) Paris, Crochard et comp., libraires, rue et place de l'Ecole-de-Médecine, n° 13; 1836.

qu'elle présente encore, et la direction que les pharmaciens doivent donner à leurs travaux pour assurer ses progrès.

« Le traité de pharmacie que je publie aujourd'hui, dit M. Soubeiran, est en même temps un ouvrage de pratique et un ouvrage d'étude; il offre au praticien l'avantage trop peu commun d'un traité dont toutes les formules sont exécutables, car j'ai répété par moi-même les opérations qui s'y trouvent décrites, toutes les fois que ces opérations ont eu pour objet la préparation d'un médicament; et quand plusieurs moyens ont été proposés pour arriver à un résultat, j'ai comparé ces moyens, et je me suis arrêté à celui qui m'a présenté le plus d'avantages, etc. »

M. Soubeiran, placé depuis plusieurs années à la tête de la pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris, était seul en position d'exercer un pareil contrôle sur toutes les opérations de la pharmacie, et dix années de professorat l'avaient mis à même de discerner la méthode la plus efficace pour initier les élèves aux principes de notre art et à la pratique de ses opérations. Aussi trouve-t-on réunis dans son ouvrage cette justesse de vues et cette lucidité d'exposition qui sont le fruit d'une longue et judicieuse expérience.

Dans un traité de pharmacie purement pratique, la classification offre peu d'intérêt, mais dans un ouvrage d'étude elle acquiert une haute importance; il est nécessaire que l'esprit des élèves marche progressivement du simple au composé, du connu à l'inconnu; M. Soubeiran s'est appliqué à suivre cette loi de progression, autant du moins qu'elle a pu se prêter aux exigences de son sujet.

Son ouvrage est divisé en quatre livres:

Dans le premier, il étudie les formes générales sous lesquelles on emploie les médicamens, et les moyens généraux de les obtenir. Ce premier livre est ensuite divisé en huit ordres:

Le premier ordre comprend les diverses préparations pharmaceutiques que l'on peut obtenir sans l'intermédiaire d'aucun corps nouveau, et pour lesquelles il suffit de l'emploi des agens mécaniques; tels sont les poudres, les pulpes, les sucs, les fécules.

Le second ordre se compose des préparations pharmaceutiques qui s'obtiennent à l'aide d'un véhicule, comme l'eau, l'alcool, l'éther, le vin, etc.

Dans le troisième ordre se trouvent réunis les médicamens obtenus par distillation, c'est-à-dire les eaux distillées, les huiles essentielles, les alcoolats.

En quatrième ordre viennent les extraits pharmaceutiques.

Dans le cinquième ordre, l'auteur a placé la grande série des médicamens dont le sucre est la base; ce sont les sirops, les mellites, les conserves, les gelées, les pâtes, les elæosaccharum, les saccharures, les tablettes, les pastilles.

Le sixième ordre se compose, sous le nom de médicamens animaux, de tous ceux que leur forme et leur caractère indéterminé n'a pas permis de faire entrer dans les autres catégories, et qui ont toujours fait anomalie dans les classifications méthodiques.

Le septième ordre est formé par les médicamens composés et toujours destinés à l'usage externe, qui ont pour base des matières grasses ou résineuses, et que l'on désigne sous le nom de cérats, pommades, onguens, emplâtres, etc.

Enfin le huitième ordre rassemble les diverses préparations qui sont caractérisées par leur mode d'emploi médical, plutôt que par leur composition, c'est-à-dire les suppuratoires, les cataplasmes, les fomentations, les collyres, les bains, etc.

Après avoir exposé les principes généraux qui régissent les préparations pharmaceutiques, l'auteur consacre le reste de l'ouvrage à l'étude spéciale de chaque substance médicamenteuse, c'est-à-dire qu'il fait à chacune l'application des règles qui ont été posées dans la première partie de l'ouvrage. Il en résulte une histoire pharmaceutique complète de chaque médicament, qui permet de comparer les formes diverses sous lesquelles ils sont en usage, et d'apprécier les rapports ou les différences que présentent entre elles toutes les préparations dont une même substance constitue la base. Au simple énoncé de ce système, il est facile d'apprécier tout l'avantage qu'il présente sur celui qui distribue les médicamens d'après leurs formes, sans égard à leur action médicale. N'est-il pas bien plus rationnel, en effet, de rapprocher, par exemple, toutes les préparations dont l'opium est le principe actif, que de les disséminer dans les diverses catégories des extraits, des teintures, des vins, etc.

M. Soubeiran a distribué les végétaux par familles naturelles; nous ne saurions trop applaudir à cette heureuse idée, qui lui a permis de faire ressortir les analogies de composition chimique et de propriétés médicales des individus de la même famille, et d'être à la fois plus intéressant et plus instructif.

L'histoire de chaque substance végétale se compose de son nom vulgaire, du nom botanique de la plante qui le fournit; puis vient l'exposé des recherches chimiques dont cette plante a été l'objet, c'est-à-dire l'indication des principes qu'elle a fournis à l'analyse, et la description succincte de ces principes et des procédés mis en usage pour les obtenir.

Ces notions, placées en tête de la série de préparations que fournit chaque végétal, éclairent singulièrement l'histoire de chacune d'elles, et permettent d'apprécier avec une facilité extrême les manipulations auxquelles on les soumet et les élémens dont elles se composent chacune en particulier. Les médecins surtout trouveront un grand avantage à cette disposition, lorsqu'ils voudront faire un choix parmi les formes variées que peut affecter un même médicament.

Les matières animales forment le sujet du troisième livre. M. Soubeiran a suivi la classification méthodique des zoologistes, et l'histoire particulière de chaque animal a été tracée dans le même cadre que celle des plantes.

Le quatrième livre comprend l'histoire de tous les médicamens qui sont plus spécialement chimiques; il se compose de l'examen des substances chimiques minérales, de celui des pro-

duits d'origine organique qui sont des résultats de décomposition, et de l'étude des préparations plus pharmaceutiques auxquelles toutes ces matières servent de base. Ici l'auteur a suivi la classification chimique, autant du moins qu'elle a réalisé la condition essentielle dans un ouvrage de pharmacie, de réunir les corps doués de propriétés médicales semblables.

Après avoir terminé l'étude des matières minérales, M. Soubeiran a consacré quelques chapitres à l'histoire des composés d'origine organique qui n'avaient pas pu trouver place dans l'histoire spéciale des plantes ou des animaux, parce qu'ils sont produits par des réactions chimiques qui dénaturent complétement les corps qui leur donnent naissance. C'est ainsi que l'histoire des éthers, celle des produits obtenus par la distillation sèche des matières organiques, etc., se trouvent traitées dans autant de chapitres séparés. Enfin l'ouvrage est terminé par un article très étendu sur les eaux minérales artificielles.

L'auteur expose et analyse tour à tour les différens procédés qui ont été employés jusqu'ici pour la fabrication des eaux gazeuses; les divers appareils sont décrits et comparés avec soin, et représentés en marge du texte. Viennent ensuite les formules de toutes les eaux minérales artificielles par imitation, ou purement artificielles, dont l'usage est adopté en médecine; toutes ces formules ont été discutées et calculées par l'auteur avec une attention particulière, et chacune est accompagnée d'observations judicieuses sur les analyses qui ont servi à les établir. Cet article est un résumé complet de tout ce que la science possède de notions précises sur ce sujet, qui est devenu aujourd'hui d'un intérêt général.

Sous le titre d'additions, on trouve à la fin du second volume une note sur l'aconitine, un extrait de l'instruction publiée dernièrement par M. Gay-Lussac, sur un nouveau procédé de chlorométrie, et un article sur la lixiviation, dans lequel l'auteur a présenté le résultat des nombreuses épreuves auxquelles ce procédé opératoire a été soumis par M. Dausse et par lui-même.

Nous n'avons pu exposer jusqu'ici que le système général de l'ouvrage dont nous avions à rendre compte; nous espérons n'avoir rien omis d'essentiel, nous sommes loin de nous flatter cependant d'avoir su donner à nos lecteurs une idée complète du plan vaste et habilement conçu, d'après lequel M. Soubeiran a composé son livre; nous y avons trouvé réunis tous les avantages que peut présenter un ordre systématique dans un traité sur un art d'application, et nous avons senti en le lisant qu'il était destiné à exercer une influence remarquable sur les progrès à venir de la pharmacie. Toutes les parties de cet ouvrage ont été traitées avec le même soin, partout on reconnaît une logique rigoureuse, une juste sévérité de jugement qui ne se paie que de faits positifs, et ne s'arrête qu'à l'évidence. Les appareils sont décrits avec cette netteté qui n'appartient qu'à celui qui les a vus et maniés, et on reconnaît dans l'analyse des théories comme dans la discussion des procédés opératoires, cette précision lucide d'un observateur qui ne parle que de ce qu'il a observé lui-même. Le style, qui souvent est négligé dans les ouvrages de sciences, est ici simple, juste et correct, tel enfin qu'il convenait au sujet. En somme, l'ouvrage, dans son ensemble, nous paraît tout-à-fait digne de l'époque et de la haute réputation que l'auteur s'est acquise par ses travaux antérieurs.

Nous ne dissimulerons pas cependant quelques observations critiques que nous avons eu occasion de faire, elles témoigneront de la sincérité de notre jugement.

Page 330, premier volume, on trouve la formule suivante pour l'emplâtre simple:

℞	Litharge,	une partie égale.
	Axonge,	
	Huile d'olives,	
	Eau,	*q. s.*

D'autre part, page 228, il est recommandé d'ajouter de temps à autre de l'eau chaude dans la bassine pendant la cuisson de l'emplâtre, afin que la température ne puisse pas s'élever au dessus de cent degrés; en suivant cette méthode on s'expose à brûler l'emplâtre, faute d'ajouter l'eau à propos, et à se brûler soi-même au moment où l'on ajoute ce liquide qui, arrivant dans la masse échauffée à plus de cent degrés, se vaporise brusquement et rejette la matière. Nous sommes étonnés qu'à l'exemple du Codex, M. Soubeiran n'ait pas prescrit de mettre tout à la fois dans la bassine, avec les corps gras, la quantité d'eau nécessaire pour conduire l'opération jusqu'à la fin.

Nous ne saurions admettre non plus la règle générale pour la préparation des pâtes transparentes, que nous trouvons indiquée page 269, et qui est reproduite textuellement à l'occasion de la pâte de jujubes. On fait, y est-il dit, une décoction de jujubes; d'autre part, on opère la solution de la gomme et on passe; on ajoute le sucre et on porte à l'ébullition en agitant continuellement; dès que la liqueur bout on cesse de la remuer, et on l'entretient bouillante sur un feu doux jusqu'à ce qu'elle ait acquis la consistance d'extrait mou; on enlève l'écume et on coule la pâte dans des moules de fer blanc.

La quantité d'eau employée pour dissoudre la gomme aurait dû être indiquée, car il importe de n'employer que celle qui est strictement nécessaire, afin d'éviter une longue évaporation : d'ailleurs, l'évaporation elle-même, et à plus forte raison l'ébullition à laquelle M. Soubeiran soumet la liqueur gommeuse, doit nuire à la qualité du produit. La meilleure méthode à suivre consiste à dissoudre la gomme à froid ou à l'aide d'une très douce chaleur, dans les deux tiers au plus de son poids de liquide, à y ajouter, au lieu de sucre, une proportion équivalente de sirop cuit à trente-cinq et à chauffer le tout au bain-marie pendant deux heures.

On laisse refroidir lentement, une écume épaisse monte à la surface, on l'enlève et on coule la pâte dans des moules.

Page 445, l'auteur réduit de moitié la quantité de poudre de guimauve prescrite par le Codex pour les pastilles qui portent le nom

de cette racine ; il aurait fait une rectification plus importante, ce semble, s'il avait substitué à la poudre la décoction et l'infusion de guimauve.

Page 544, article miel rosat, nous lisons :
Pétales de roses rouges, une partie ;
Eau bouillante, six ;
Miel blanc, six.

Cette formule est bien supérieure à celle du Codex, mais elle ne nous paraît pas tout-à-fait satisfaisante. L'eau bouillante fournit avec les roses un infusé mucilagineux qui donne de la viscosité au miel rosat et le rend fermentescible sans ajouter aux propriétés que l'on recherche dans ce médicament. L'expérience nous a prouvé que l'on obtenait un produit très astringent et très coloré en faisant usage de l'eau tiède et même de l'eau froide ; d'ailleurs, le miel clarifié ou le sirop de miel, déjà recommandé par quelques praticiens, nous paraît préférable au miel même le plus beau ; celui-ci contient toujours une certaine quantité de matière animale qui se précipite avec le tannin en flocons insolubles.

Page 56, tome II, on trouve une formule de sirop de digitale tellement conçue, que chaque once de ce sirop contient les parties solubles d'un demi-gros de feuilles sèches de digitale. Certes, un pareil sirop ne saurait être prescrit à la dose d'une demi-once à une once. M. Soubeiran aurait dû signaler l'exagération de cette formule, ou mieux encore, la ramener à des proportions rationnelles.

Parmi les préparations qui ont pour base des matières animales, nous avons vainement cherché le sirop de mou de veau ; c'est une omission qui mérite d'être réparée.

Page 706. Ce n'est pas sans étonnement que nous avons vu figurer ici, sous le nom de poudre de Seltz, un mélange de bi-carbonate de soude et d'acide tartrique ou citrique. La liqueur qu'on obtient en dissolvant cette poudre dans l'eau n'est qu'une simple dissolution de tartrate ou citrate de soude et d'acide carbonique. Il suffit de comparer aux élémens qu'elle renferme ceux qui font partie de la véritable eau de Seltz, tels qu'ils sont énumérés, page 68 de cet ouvrage, pour reconnaître que ces deux compositions ne sauraient être assimilées. M. Soubeiran pouvait sans doute inscrire cette formule dans son livre, mais il aurait dû signaler l'impropriété de son nom, et faire remarquer combien c'est abuser étrangement de la crédulité publique que de prétendre remplacer l'eau de Seltz par une boisson qui en diffère si essentiellement.

Quoi qu'il en soit de ces légères observations et de quelques autres du même genre que nous aurions pu ajouter, le traité de M. Soubeiran est bien, comme il l'annonce lui-même, un ouvrage de pratique et d'étude ; il doit concourir puissamment à rendre la pratique de notre art plus régulière et plus éclairée, son étude plus facile et plus attrayante ; les élèves y puiseront une instruction solide. Il est indispensable au pharmacien qui exerce son art, et le praticien émérite trouvera un vif intérêt à le lire ; mais nous le recommandons encore aux médecins qui s'occupent sérieusement de thérapeutique ; ils comprendront en l'étudiant toutes les ressources que leur présente aujourd'hui la pharmacie méthodique et raisonnée telle que M. Soubeiran l'a faite.

En dernière analyse, c'est une œuvre de conscience et de talent, qui, conçue sur un plan nouveau en pharmacologie, présente nos connaissances sous le point de vue le plus élevé, et tout à la fois honore son auteur et la pharmacie française.

F. Boudet, *pharmacien, Docteur ès-sciences.*

III. Épidémie de fièvre typhoïde tendant a prouver que cette maladie est contagieuse. *Thèse inaugurale, soutenue le* 21 *avril* 1835, par L. Berland, *d'Oyé, département de Saône-et-Loire.*

Avec cette épigraphe. La matière contagieuse ne peut se reconnaître que par ses effets, comme l'électricité, le calorique, l'attraction; parce qu'elle ne tombe pas plus sous nos sens que ces causes physiques dont il est cependant impossible de ne pas admettre l'existence. (*Rostan, diagnostic spécial et différentiel du typhus ;* Clinique, t. II.)

Après avoir exposé les argumens des anti-contagionistes, et discuté leur valeur, l'auteur expose ceux des contagionistes auxquels il en ajoute quelques nouveaux. Il pense que ce n'est que par des observations contradictoires, recueillies en province, que l'on peut combattre l'opinion des contagionistes, et non par des faits observés dans une grande ville comme Paris, parce que, d'après les rapports innombrables qu'ont entre eux les habitans, ils peuvent, sans le soupçonner, être exposés vingt fois dans un jour à contracter une affection contagieuse ; parce que les malades d'un même quartier sont vus par différens médecins, de sorte que le même ne peut établir aucune suite, aucune liaison dans ses recherches.

Au contraire, dans les petites villes, et surtout dans les campagnes, où chacun se connaît, où le même médecin voit tous les malades à plusieurs lieues à la ronde, rien n'est plus facile que de suivre une maladie pas à pas ; souvent même on peut constater son apparition première.

La grande analogie que présente la fièvre typhoïde avec les maladies contagieuses non virulentes, a fourni et fournit encore un fort argument en faveur de la contagion. En général, elle n'affecte qu'une seule fois le même individu ; comme la plupart d'entre elles, elle présente à la peau des phénomènes caractéristiques ; elle ne peut être arrêtée dans sa marche par aucun des traitemens jusqu'alors connus.

Mes observations, dit l'auteur, ont été faites dans les trois communes de Saint-Julien, Varennes-la-Reconce et Oyé, c'est-à-dire dans un espace d'environ deux lieues de diamètre ; mais la fièvre typhoïde n'a pas parcouru tous les hameaux de ces paroisses : elle s'est montrée dans deux villages dépendant de Saint-Jean, seulement au bourg de Varennes et dans un seul hameau d'Oyé. Lorsque la dothinentérie apparaissait dans un village, elle ne frappait pas indistinctement toutes les maisons, mais seulement celles qui avaient eu les plus fré-

quentes communications avec les malades. Mes observations ont été faites avec conscience et bonne foi, elles offrent sous le rapport de la contagion la plus grande analogie avec celles de M. Gendron.

Mes malades sont au nombre de trente-deux, je les divise en deux séries : 1° Ceux chez qui j'ai pu découvrir la communication avec d'autres malades; 2° ceux chez qui je n'ai pu découvrir cette communication.

Malades ayant eu des communications entre eux.

Ire *Observation.* — Le 15 juillet 1835, je fus appelé pour donner des soins au nommé Bonnefoi, âgé de quinze ans, atteint d'une fièvre typhoïde assez grave. Il entra en convalescence vers le vingt-unième jour. J'appris que cet enfant était le quatrième atteint de la même maladie; ses trois frères avaient eu successivement des dothinentéries fort graves, et l'un d'eux en était mort.

IIe *Observation.* — Le 20 du même mois, je vis la nommée Bordes, fermière des enfans dont je viens de parler, elle restait dans la même cour et avait communiqué plusieurs fois avec eux.

IIIe *Observation.* — Le 28 juillet, je fus appelé pour donner des soins à la femme Mazille, sœur de cette malheureuse, qui restait à une lieue de distance, au bourg de Varennes-la-Reconce, endroit élevé et très sain, où personne n'avait encore eu la dothinentérie. Cette femme avait rendu plusieurs visites à sa sœur.

Je la trouvai atteinte d'une fièvre typhoïde qui fut très grave, mais enfin elle entra en convalescence le vingt-cinquième jour.

IV, V, VI, VII et VIIIe *Observations.* — Quelques jours plus tard, sa garde-malade fut atteinte de la même maladie qui dura trente jours, puis le fils de cette dernière qui garda le lit pendant vingt-huit jours, ensuite sa belle-fille, dont la maladie ne dura que dix-huit jours, et enfin deux jeunes filles de leurs voisines qui entrèrent en convalescence le seizième jour.

IXe *Observation.* — Le sujet de cette observation est un nommé Bernachat, qui habitait un village situé à un quart de lieue de distance des malades nos 1 et 2, et qui avait communiqué plusieurs fois avec eux pendant leur maladie.

Cet homme, d'une forte constitution, âgé de trente-quatre ans, eut une dothinentérie fort grave qui dura plus de trois mois. Chez lui, la céphalalgie dura plus de vingt jours, et ne cessa qu'après l'application d'un vésicatoire; puis, vers la fin de sa maladie, il souffrit de constipation et de tympanite qui furent combattues par l'administration presque journalière de laxatifs; il eut aussi des douleurs rhumatoïdes aux jambes et aux pieds avec un peu d'œdème les soirs.

X et XIe *Observations.* — Il y avait environ vingt jours que cet homme était malade, lorsque sa femme, qui n'avait pas cessé de coucher avec lui, fut atteinte de la même fièvre qui dura soixante jours; puis un de leurs enfans dont la maladie dura quinze jours.

XII, XIII, XIV et XVe *Observations.* — Quelques jours plus tard, la dothinentérie envahit la maison la plus voisine, et n'épargna aucune des quatre personnes qui l'habitaient. Le père, âgé de trente ans, fut le premier atteint, puis sa femme et ensuite ses deux enfans.

XVI, XVII et XVIIIe *Observations.* — Dans la même cour habitait une famille composée de cinq personnes, trois furent atteintes successivement; savoir, le père, âgé de cinquante-six ans, puis deux enfans, l'un âgé de quatorze ans, l'autre de dix ans.

XIXe *Observation.* — Le sujet de cette observation est une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui demeurait au hameau du Perret, situé à un quart de lieue du village des malades dont je viens de parler, avec lesquels elle avait souvent communiqué. Elle eut une dothinentérie fort grave, et n'entra en convalescence que le trentième jour.

Comme le malade n° IX, elle eut pendant sa convalescence des douleurs à la jambe et surtout à la plante du pied droit, avec un peu d'œdème les soirs, au point de ne pas pouvoir marcher pendant plusieurs jours.

XX, XXI et XXIIe *Observations.* — A peine cette jeune fille entrait-elle en convalescence, que la femme Guillemet, sa voisine, qui lui avait prodigué les soins les plus assidus, fut prise de la même fièvre qui dura vingt jours.

Puis une autre jeune fille, aussi voisine des malades précédens, dont la fièvre fut excessivement grave et dura vingt-cinq jours, et enfin une autre qui ne garda le lit que pendant quinze jours.

XXIIIe *Observation.* — Dans la même paroisse, mais à environ une demi-lieue de distance, je donnai des soins à un jeune homme dont la fièvre fut très grave et dura quarante jours.

Je ne pus découvrir de communication directe avec d'autres malades, mais j'appris qu'une vieille femme, qui avait soigné la malade du hameau du Perret, était allée plusieurs fois dans la maison de ce jeune homme avant sa maladie; de sorte que je la regardai comme le véhicule de la contagion, bien qu'elle n'ait pas été atteinte elle-même.

XXIVe *Observation.* — Quelques jours après, la sœur de ce jeune homme, âgée de vingt-cinq ans, restant à une lieue et demie de distance, dans un village où il n'y avait pas encore eu de fièvre typhoïde, fut atteinte d'une dothinentérie fort grave. Elle fut traitée par un médecin de la Cloyette, qui lui aussi pensa qu'elle avait contracté sa maladie en allant voir son frère. Je n'ai pas su si après elle d'autres personnes du même village furent atteintes de dothinentérie.

XXVe *Observation.* — Le 15 juillet, je vis une jeune femme nommée Gondard, habitant le hameau des Circauds, commune d'Oyé; elle était atteinte d'une fièvre typhoïde très grave, et elle entra en convalescence le vingtième jour.

Chez cette malade, qui fut la première que je vis en arrivant en vacances, je ne pus découvrir le mode de transmission de la fièvre, mais on va voir que ses voisines la contractèrent après avoir communiqué avec elle.

XXVI, XXVII et XXVIIIe *Observations.* —

Quelques jours après, la nommée Rousset, jeune fille qui avait rendu plusieurs visites à la malade précédente, fut prise de la même affection et entra en convalescence vers le dix-huitième jour.

Ensuite un des cousins de cette dernière, demeurant dans la même maison, eut une dothinentérie assez légère. Puis une fille, âgée de cinquante ans, toujours de la même maison, contracta la même maladie, dont elle mourut le seizième jour.

XXIXe *Observation.* — Le sujet de cette observation est un nommé Mommassin, âgé de vingt-deux ans, qui, affecté d'une dothinentérie assez légère, depuis quinze jours, fait quatorze lieues pour arriver chez ses parens. Aussitôt après ce voyage, les accidens s'aggravent, et ce jeune homme meurt huit jours après son arrivée et vingt-deux jours après l'invasion de sa maladie.

J'appris qu'avant lui, quatre jeunes gens de la pension de Mâcon où il était, avaient eu la fièvre typhoïde, et que deux en étaient morts.

Malades isolés, ou dont je n'ai pu découvrir la communication avec d'autres.

XXXe *Observation.* — Le 1er septembre, je vis un vieillard nommé Deverre, qui était atteint d'une fièvre typhoïde qui dura quarante jours.

XXXIe *Observation.* — Le sujet de cette observation est un jeune homme nommé Lamure, qui était venu de Charolles à Saint-Julien, distant de deux lieues; il eut une fièvre typhoïde avec forme ataxo-adynamique très prononcée, et succomba le quinzième jour.

Je doit dire que la fièvre typhoïde existait déjà à Charolles avant que ce jeune homme en fût atteint, mais je ne pus savoir s'il avait visité quelques malades.

XXXIIe *Observation.*—Le sujet de cette dernière observation est un nommé Ducarre, âgé de neuf ans, qui fut malade pendant trente jours.

Remarques générales sur les observations précédentes.

Prodromes. — La dothinentérie fut presque toujours précédée des prodromes suivans : lassitudes, inappétence, rêvasseries pendant le sommeil, accès irréguliers de fièvre, envie de vomir, bouche mauvaise, céphalalgie, torpeur et langueur générales, inaptitude aux travaux physiques et surtout intellectuels, etc. Ces prodromes duraient de quatre à huit jours.

Invasion.-Céphalalgie plus ou moins intense: je ne l'ai pas vue manquer une seule fois, et souvent elle fit reconnaître la maladie aux gens de la campagne. Il y a eu des épistaxis environ dans la moitié des cas; une fois elles furent très abondantes. La céphalalgie se passa généralement au bout de huit ou dix jours ; cependant elle dura plus de vingt jours chez les malades n°s IX et X.

Symptômes et marche. — Les symptômes ont été ceux de toutes les fièvres typhoïdes ; seulement, je ferai remarquer que le dévoiement a été moins grand, moins constant, et de moindre durée que chez les malades que j'avais vus à Paris. La constipation, au contraire, a été plus commune et plus longue ; c'est surtout chez les vieillards qu'elle s'est montrée le plus souvent. Les malades n°s IV, XVI et XXX furent constipés pendant presque tout le cours de leur maladie.

Le délire a existé chez presque tous mes malades; la surdité s'est montrée chez un grand nombre, et j'ai remarqué que ceux qui ont été les plus sourds se sont rétablis ; de sorte que si je pouvais juger d'après un petit nombre de faits, je serais porté à croire, comme les Anciens, que la surdité est d'un bon augure dans les fièvres graves. Un de mes amis m'a dit qu'un vieux praticien de son pays avait fait la même remarque.

La marche a été continue, mais avec des exacerbations très marquées les soirs, et des rémissions les matins ; ces phénomènes furent beaucoup plus prononcés qu'à Paris. Je ne sais, mais je serais disposé à attribuer cela à une espèce de génie intermittent dépendant de la constitution atmosphérique de mon pays, génie intermittent qui exerce son influence non seulement sur les fièvres typhoïdes, mais encore sur les inflammations franches, telles que la pneumonie et la pleurésie.

Durée. — La maladie a duré depuis dix jours jusqu'à trois mois et demi, mais la durée moyenne a été de vingt à trente jours.

Terminaison. — Sur les trente-deux malades dont j'ai rapporté l'histoire, vingt-huit ont guéri, quatre sont morts, ce qui fait une mortalité de un sur huit, résultat assez beau si on considère la gravité de l'état où se trouvaient mes malades.

Crises. — J'ai observé deux fois des sueurs critiques très abondantes; mais je n'ai pas vu la salivation dont parle M. *Otto*, professeur à Copenhague, et qu'il dit avoir observée plusieurs fois.

Traitement. — Le traitement a été des plus simples ; une saignée au début, ou bien une ou deux applications de sangsues; puis des boissons rafraîchissantes et chlorurées, des lavemens émolliens, quelquefois laxatifs. Plusieurs fois j'ai été obligé de combattre la constipation ou la tympanite par des purgatifs, et cela surtout chez les vieillards.

Les vésicatoires m'ont paru produire un bon effet lorsque le mal de tête persistait au delà du terme ordinaire, et vers la fin de la maladie lorsque le mouvement fébrile avait un peu diminué d'intensité. Je n'ai jamais vu qu'ils favorisassent la gangrène de la peau, et je ne crois pas qu'on ait à redouter cet accident si on a bien soin de les appliquer à la partie antérieure des membres. Je ne crois pas non plus que, comme je l'ai entendu dire, ils favorisent la tendance à la suppression des urines, tendance qui existe déjà dans cette maladie ; car les cantharides suppriment les urines en excitant, en enflammant la vessie. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, les urines ne coulent plus par une circonstance tout opposée, par atonie de la vessie qui n'a plus la force de se débarrasser du liquide qu'elle contient.

J'ai employé six fois le sulfate de quinine soit par la bouche, soit en lavemens ; une fois au début, parce que je croyais avoir affaire à une fièvre rémittente essentielle ; quatre fois

pendant le cours de la maladie, et une fois à la fin. Dans tous ces cas, je n'en ai observé aucun effet bien marqué ni en bien ni en mal; je ferai seulement remarquer que les six malades auxquels je l'ai donné étaient très gravement affectés, et qu'aucun d'eux n'est mort. Je suis loin d'en conclure qu'ils ont dû leur guérison au sulfate de quinine; je veux seulement prouver que ce médicament ne leur a pas fait de mal. Je sais qu'il en a été autrement dans les épidémies observées par M. *Gendron*; je pense que cela tient à la différence des épidémies et des lieux où nous observions.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Avril* 1836.)

Les deux numéros de ce mois contiennent :

Thérapeutique médicale : 1° De la méthode de raisonner qui convient à la science médicale, par M. *Sandras*; — 2° Nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie des enfans, par M. *Constant*; — 3° Quelques considérations sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement des gastralgies, par M. *Fuster*; — 4° De l'emploi de la glace et du lait dans le traitement des dilatations de l'estomac, par M. *Petrequin*.

Thérapeutique chirurgicale : 1° Note sur la variété des pieds-bots appelée pied-équin, et sur son traitement; — 2° Remarques sur le traitement des phlogoses chroniques de l'œil; — 3° Considérations thérapeutiques sur la greffe animale; — 4° Sur le traitement des varices des membres inférieurs par un nouveau procédé thérapeutique.

1° *Nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie des enfans, par* M. Constant.

S'il est permis de contester l'efficacité relative des préparations insolubles d'antimoine dans le traitement de la pneumonie, c'est-à-dire de nier que cette médication soit préférable à telle autre, les émissions sanguines, par exemple, il ne l'est pas de rejeter leur action absolue, le fait constant de leur puissance thérapeutique. Ainsi, si on me demande : le kermès, l'oxide blanc d'antimoine ont-ils une action favorable et antiphlogistique dans le traitement de la péripneumonie? je n'hésiterai pas à répondre affirmativement, pour m'en être bien souvent convaincu. Que si, au contraire, j'avais à me prononcer sur la supériorité de cette médication comparée à celle des émissions sanguines, j'accorderais à cette dernière le premier rang, tout en faisant mes réserves pour certains cas et certaines périodes de la maladie où les antimoniaux me semblent mériter la préférence, puis j'ajouterais que l'une de ces médications n'a pas le droit d'exclure l'autre, qu'elles ne se repoussent pas entre elles, que leur action concourt au même but, que leur combinaison est très-recommandable, et que, si j'étais, moi, affecté de pneumonie, je me ferais d'autant plus saigner (sans préjudice de l'emploi simultané des antimonieux), que je serais plus près du début, et que je prendrais d'autant plus de préparations antimoniales que la pneumonie ferait plus de progrès, malgré les émissions sanguines. De plus, il est des cas où le caractère des symptômes généraux et d'autres circonstances interdisent les saignées; on est bien heureux alors de trouver sous sa main l'oxide blanc d'antimoine, ou mieux le kermès.

Je dois dire que si cette conviction ne m'avait déjà pas été inculquée par de nombreuses observations, ce n'est pas à la lecture du mémoire que j'analyse qu'elle se serait formée. On y cherche péniblement une action thérapeutique évidente, un rapport sensible entre le médicament administré et la marche des phénomènes. L'influence de la médication est ici un peu équivoque; bien plus, je ne serais pas étonné que des médecins ennemis du traitement de la pneumonie par les antimoniaux, ne se prévalussent de ces faits pour la discréditer. Une seule chose m'y apparaît conforme à ce qui m'a très souvent frappé en pareil cas, et cette chose, c'est la diminution des symptômes généraux et fébriles sous l'influence des antimoniaux, l'état local de la pneumonie n'ayant pas rétrocédé. J'excepte des signes de cet état local les caractères physiques des crachats propres à la pneumonie, caractères qui s'effacent notablement par la médication antimoniale; j'en excepte aussi (et je parle ici sans faire allusion aux faits rapportés dans la note de M. Constant) la fréquence des inspirations qui est certainement réduite sous l'influence de ce traitement. Il vaudrait donc mieux dire que sous l'action des antimoniaux, la fièvre péripneumonique, les caractères pathognomoniques de l'expectoration, la gêne et la fréquence de la respiration s'amendent, bien que les signes stéthoscopiques et la percussion n'attestent pas une amélioration proportionnée dans la partie affectée et attestent même, ce que j'ai vu dans quelques cas, que l'état local a fait des progrès.

Il ne faut que jeter un coup-d'œil sur les cas de guérison qu'allègue M. Constant, pour se convaincre de la part incertaine qu'ont eue à y revendiquer les antimoniaux. D'abord les dates de l'invasion y sont fort vaguement indiquées. Pour le premier de ces faits, à dater du jour où l'oxide blanc d'antimoine a été prescrit, le pouls, la chaleur et l'état de la respiration se sont améliorés, les signes stéthoscopiques persistant long-temps au même degré. Ce cas offre une durée de quinze jours, depuis l'époque de l'invasion jusqu'à celle où a été suspendu le traitement qui s'est exclusivement composé de l'oxide blanc d'antimoine porté jusqu'à la dose d'un gros. C'est le plus probant de la série qui n'est formée que de quatre observations. Le second a une durée de vingt-un jours, le troi-

sième et le quatrième de vingt, ce qui donne pour la totalité une moyenne de dix-neuf jours de durée, et certes, il y a mieux.

Je répète néanmoins que je ne crois pas qu'ici les antimoniaux aient été frappés d'inertie, mais j'ai vu leur influence beaucoup plus frappante et certaine. L'une de ces pneumonies était double, et on doit en tenir compte. Aucune n'a été enrayée dans sa marche, *jugulée* comme on dit, résultat que j'ai vu obtenir par M. le professeur Bouillaud, au cinquième jour, par les saignées *coup sur coup*, et aussi, je dois le dire, par la combinaison des saignées modérées et des antimoniaux.

2° *Quelques considérations sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth, dans le traitement des gastralgies*, *par* M. Fuster.

Dans ce petit article, M. Fuster, pour n'en pas perdre l'habitude, fait et défait des lois thérapeutiques avec une légèreté que j'ai déjà eu plusieurs fois occasion de signaler, et qui le mérite encore bien aujourd'hui. Une fois, c'était le miel à outrance qui était en possession de guérir le carreau, et pour appuyer une si étrange assertion, M. Fuster ne jugeait pas à propos d'alléguer de faits; il fallait l'en croire sur simple dire. Après, sont venues les propriétés héroïques de l'alun dans les fièvres typhoïdes, et j'ai montré quelle indulgence était nécessaire pour ne pas rejeter les faits insignifians cités en faveur de ce traitement. Dans le numéro du 30 mars dernier du *Bulletin de thérapeutique*, le même médecin a inséré un article que je n'ai pas cru devoir analyser, sur les frictions mercurielles dans le rhumatisme aigu, article où il est dit, que M. Récamier a exhumé les frictions mercurielles de l'arsenal des moyens médicinaux, pour les opposer au rhumatisme aigu, et cela, avec succès; double inexactitude, puisque cette exhumation, (au moins dans nos hôpitaux) est due à M. Trousseau, qui du reste n'en tire pas vanité, et l'a rendue à un oubli complet, mérité, sous mes yeux, par de nombreux insuccès et quelques accidens. Je ne veux rien dire des singulières conditions fixées pour rendre plus certaine l'efficacité des frictions mercurielles dans le rhumatisme aigu.

Aujourd'hui M. Fuster entreprend de signaler les circonstances qui, dans le traitement des gastralgies, doivent indiquer ou contr'indiquer l'usage du sous-nitrate de bismuth, et il n'a pas été plus heureux que de coutume. Ce qui résulte pour l'auteur des trois faits qu'il allègue, et sur lesquels je vais revenir, c'est que, 1° le sous-nitrate de bismuth ne convient pas et est de nulle action dans les gastralgies franches dans lesquelles prédomine l'élément douleur; 2° qu'il convient, et à une grande puissance, dans celles où domine l'élément spasme; 3° que c'est une opinion hasardée que celle d'après laquelle ce médicament serait utile dans les diarrhées chroniques.

La première des trois observations d'où sont tirées ces conclusions, n'est pas une gastralgie, c'est un épuisement général avec dyspepsie, éructations, gonflement de l'estomac, etc. L'auteur en convient. Le sous-nitrate de bismuth n'a produit aucun amendement. La guérison a été obtenue par des toniques, une alimentation succulente, le massage et une excitation cutanée générale. On ne voit donc pas ce que fait là cette observation qui ne peut être invoquée ni pour ni contre l'emploi du médicament en question, puisqu'il s'agit des gastralgies, et que ce n'en est pas une. Quoi qu'il en soit, elle est invoquée contre.

La deuxième observation est bien caractérisée. C'est l'élément douleur qui prédomine, et constitue même toute la maladie. On accuse l'insignifiante dose de trois grains de sous-nitrate de bismuth dans les vingt-quatre heures, d'exaspérer les douleurs. Des bains et l'opium ont guéri le malade. M. Fuster assure que ce sous-nitrate était bien pur, et ne contenait pas d'acide arsénieux, ce qui arrive quelquefois, lorsqu'il est mal préparé. C'est une raison de plus pour que je m'étonne des effets nuisibles si actifs qui lui sont imputés. On sait que, dans quelques gastralgies, l'estomac est si impatient et si susceptible qu'il se révolte contre un atôme de matière quelque inoffensive qu'elle puisse être. C'est probablement le cas de ce malade, et il est fort possible que sa douleur eût été aussi exaspérée s'il eût ingéré trois grains de la fécule la plus légère.

Le troisième fait, celui d'où est tiré le second principe thérapeutique que j'ai énoncé plus haut, n'est pas plus une gastralgie que le premier. C'est un état spasmodique général dont l'*aura* prenait naissance dans la région épigastrique. Les accidens se dissipèrent pendant qu'on administrait le sous-nitrate de bismuth.

Tout ce que je viens de dire, je ne l'ai pas dit pour venger la réputation du sous-nitrate de bismuth, et le réhabiliter dans le traitement des gastralgies; car je ne crois pas à son efficacité dans cette maladie. Je l'ai vu un si grand nombre de fois et si constamment de nul effet, que je suis très disposé à penser ce qu'en pensait Schmidtmann : *Etsi idem frequenter tentavi, laudi ei impertitæ tamen accedere nequeo.* Je n'y accède pas même sous la condition que pose M. Fuster, comme assurant sa puissance anti-gastralgique; ainsi, quel que soit l'élément qui domine, douleur ou spasme, je n'ai pas observé de différence dans le résultat. Il m'a même quelquefois paru nuisible en produisant ou augmentant la constipation, circonstance si fâcheuse chez les femmes gastralgiques. Ce fait me conduit naturellement à examiner la troisième question. Le sous-nitrate de bismuth doit-il donc être banni du traitement des affections gastro-intestinales, et faut-il rayer tout ce qui a été écrit sur ce médicament, depuis Baumes et Odier de Genève? Non : mais les indications de cet agent thérapeutique se rencontrent surtout dans les gastrites et les entérites chroniques, ainsi que dans la réunion de ces deux lésions toujours à l'état chronique et même sub-aigu. Certainement, en dépit de la dénégation affectée de M. Fuster, le sous-nitrate de bismuth est un précieux moyen dans les diarrhées apyrétiques, les entérites chroniques, et ce n'est pas sur trois faits mal observés que je pourrais asseoir, au besoin, cette assertion. Dans les phlegmasies chroniques du tube digestif, ce remède agit probablement comme nous le voyons faire à

l'extérieur, lorsqu'il est employé sous forme de collyre sec dans les ophthalmies chroniques, en pommade appliquée sur les bords des paupières dans les blépharophthalmies et sur les ulcérations cutanées. Son action me paraît aussi fort analogue à celle des sous-carbonates alkalins, des eaux de Vichy, de la magnésie, de la poudre d'yeux d'écrevisse, de celle de corne de cerf, tous médicamens, comme on le sait, fort usités et avec d'incontestables succès dans le traitement des phlegmasies chroniques du tube digestif.

3° Le numéro du 30 mars dernier contenait une lettre de M. Lafargue sur une *nouvelle ventouse à succion* que j'ai oublié de mentionner, et qui en vaut pourtant la peine, parce que le moyen proposé par l'auteur est tout à la fois d'une grande simplicité, d'un résultat merveilleux, et peut très bien suppléer tous les moyens employés pour opérer les évacuations sanguines locales. Prenez un entonnoir en verre, instrument si vulgaire en pharmacie, placez-le par sa base sur la surface de la peau, de manière qu'aucun vide n'existe entre celle-ci et le verre, appliquez votre bouche au sommet, opérez des mouvemens de succion, et à la fin de chacun, laissez retomber votre langue d'elle-même sur l'orifice du sommet, et vous verrez que l'air ne rentrera pas; qu'à chaque nouveau mouvement de succion, la peau montera, en se gonflant, dans l'intérieur de l'entonnoir; que celui-ci deviendra de plus en plus adhérent, et que vous arriverez, au bout de quelques secondes, à un tel degré d'adhésion que l'action seule de la pompe peut le procurer, et jamais l'action du feu.

M. Lafargue a substitué à la langue une soupape artificielle ainsi disposée : il commence par user sur le carreau l'extrémité du tube de l'entonnoir; lorsqu'il est devenu parfaitement horizontal, il place dessus un disque fait avec un morceau de parchemin et de cuir de veau collés ensemble, disque qui a juste la largeur de l'extrémité du tube. Quatre ou six fils traversent ce disque, de manière à former une étoile en s'entrecroisant sur sa face inférieure qui est la portion de cuir de veau; les fils sont ensuite ramenés le long du tube, et on les y fixe au moyen d'un morceau de papier collé sur eux, et recouvert d'un petit canevas de soie. Lorsqu'on aspire, le vide se fesant dans la bouche, l'air contenu dans la ventouse soulève la soupape, entre dans la cavité buccale; l'aspiration finissant, la soupape s'abaisse, et si cette soupape est légèrement humide, aucune bulle d'air ne rentre, et déjà la ventouse adhère. On renouvelle la succion et l'adhésion devient de plus en plus forte, jusqu'à produire enfin une ecchymose. La puissance de cette ingénieuse ventouse est surtout remarquable quand on veut obtenir du sang par scarification. L'évacuation est aussi considérable qu'au moyen des sangsues.

M. Lafargue a déjà appliqué, avec un succès éclatant, son procédé dans plusieurs services des hôpitaux. Nous en souhaitons vivement la popularisation, parce que nous croyons à l'extrême efficacité des ventouses dans une foule de cas, et que celles de M. Lafargue nous semblent réunir énergie d'action, simplicité de moyens et bon marché.

—

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Mars* 1836.)

Les articles originaux de ce cahier sont :

1° Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards, faites à la Salpétrière, par MM. *Hourmann* et *Dechambre* (troisième mémoire); — 2° Oblitération complète de l'artère brachio-céphalique et de la veine cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrysme de l'aorte ascendante, par M. *Martin-Solon*; — 3° De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement, par M. *Duplay* (deuxième et dernier article); — 4° De la nécessité de revenir à la méthode de Thédeu dans le traitement des plaies des artères d'un moyen volume, par M. *Pigeaux*.

1° *De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement, par* M. Duplay.

La première partie de ce mémoire a été publiée il y a plus d'un an dans les Archives. M. Duplay se propose d'y répondre à ces deux questions; 1° La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de la matrice résulte-t-elle d'une absorption opérée par ces vaisseaux dans les parties environnantes en suppuration, ou bien d'une inflammation de ces vaisseaux eux-mêmes? 2° existe-t-il des signes qui, pendant le cours de la fièvre puerpérale, puissent permettre de diagnostiquer cette lésion isolée ou mêlée aux autres lésions qui appartiennent à la maladie?

On devine aisément de quelle difficulté il est de résoudre d'une manière positive la dernière de ces questions. En effet, quel trouble fonctionnel spécial peut susciter l'inflammation *primitive* et isolée des lymphatiques utérins, si tant est qu'elle existe; et dans le cas où la suppuration de ces vaisseaux n'est que concomitante d'une ou plusieurs autres altérations suppuratives des organes générateurs et du péritoine, comment discerner, au milieu du tumulte des réactions organiques générales et locales qui s'élève alors, la part que peut avoir à ce désordre morbide une lésion qui, considérée en elle-même, n'a pas de symptômes spéciaux, et qui de plus est un élément produit par les mêmes causes et affectant la même nature que les autres lésions plus graves qu'elle accompagne? La phlébite utérine a, elle, des caractères symptomatiques capables d'éclairer le diagnostic, et ce sont les frissons vagues et irréguliers pendant tout le cours de l'affection. La lymphangite, ou, pour ne rien préjuger, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques utérins ne se découvre qu'à l'autopsie.

Quant à la première question, la plus intéressante et la moins aisée à résoudre, elle l'est d'une manière peu satisfaisante, sans que la faute en soit à M. Duplay, qui, entouré d'un grand nombre de faits personnels et empruntés, et ayant mis à les analyser rigueur, clarté,

discussion abondante et impartiale, a pourtant été obligé de donner raison à l'opinion de l'absorption, raison à l'opinion de la lymphangite primitive. Voici les élémens qui peuvent permettre d'apprécier la justesse de cette réponse conciliatrice.

Sur trente-six cas observés en 1830 par M. Duplay à la maison d'accouchement, dans lesquels du pus se rencontra dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, *une seule fois* cette lésion exista sans qu'il y ait eu de traces de suppuration, soit dans le péritoine, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes. Il est bon de remarquer toutefois, que, même dans ce cas, il existait un *ramollissement gangréneux* de la face interne de la matrice,

En ajoutant ces faits à ceux observés antérieurement à la Maternité, par M. Tonnelli, interne, on voit (et ces relevés portent sur quatre-vingts cas) que la suppuration des lymphatiques a presque toujours existé avec la suppuration du péritoine, de l'utérus ou de ses annexes; mais il en ressort aussi ce fait non moins important; c'est que sept fois cette suppuration des vaisseaux lymphatiques a existé avec de simples ramollissemens, et que deux fois elle a eu lieu sans aucune lésion concomitante.

Mais il est des conditions en apparence contradictoires qui ouvrent pourtant à la question des voies de solution. Dans la grande majorité des cas, les vaisseaux lymphatiques suppurés sont *distendus* et *gorgés* par un pus homogène, bien lié, sans odeur, phlegmoneux et tout-à-fait semblable au pus qui remplit l'excavation pelvienne, et au milieu duquel nagent l'utérus et ses annexes. En même temps, les vaisseaux ainsi remplis de ce pus, n'offrent aucun des caractères anatomiques propres à l'inflammation. Leur membrane interne est lisse, non épaissie, non ramollie, sans rougeur; on n'y trouve pas de flocons pseudo-membraneux. Dans le plus petit nombre des cas, au contraire, et surtout dans ceux où, au lieu d'une suppuration louable qui baigne les organes hypogastriques, on ne rencontre que des fausses membranes péritonéales, ou bien une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-séreux, ou encore, soit un ramollissement, soit une couche séro-sanguinolente à la face interne de la matrice et surtout à l'endroit de l'insertion placentaire, soit enfin une métrite gangréneuse; dans ces cas spécialement, dis-je, on trouve que les vaisseaux lymphatiques sont véritablement enflammés, leurs parois sont opaques, épaissies, rouges, leur membrane interne dépolie, rugueuse, et le liquide qu'ils contiennent présente des flocons albumineux. Hé bien! pour la première série de faits, M. Duplay admet l'absorption pure et simple, ou bien, d'après M. Cruveilhier, une lymphangite capillaire qui donnerait naissance à la suppuration qu'on retrouve dans des branches plus considérables mais non enflammées. Pour la seconde série, il est forcé, dit-il, de se rendre à l'évidence d'une lymphangite primitive.

Pour mon compte, j'adopte l'absorption pure et simple, quand je vois des vaisseaux lymphatiques altérés, gorgés et distendus par un pus homogène et louable, semblable à celui qui baigne les organes où rampent ces vaisseaux; je reconnais aussi la lymphangite dans les cas où les caractères anatomiques de l'inflammation me forcent à l'avouer, mais je ne la crois jamais primitive. Toujours elle me paraît le résultat du transport par ces vaisseaux de liquides altérés et irritans absorbés sur les surfaces et dans les interstices des organes pelviens des femmes puerpérales, qui en contiennent toujours, même en l'absence de toute phlegmasie de ces organes. Quant aux cas où on dit qu'on a trouvé les vaisseaux lymphatiques suppurés sans aucune altération des organes dont ils sont chargés d'exporter les détritus, ils me semblent pouvoir rentrer dans la dernière condition que je viens d'énoncer. Ne sait-on pas d'ailleurs, par ce qui se passe dans le système des vaisseaux lymphatiques de la peau, qu'il suffit d'un point imperceptible de phlegmasie ou de suppuration pour produire des angiolémites et des adénites considérables qui seules appellent l'attention sur le point de départ qu'on aurait ignoré sans elles? Je sais bien qu'en pareil cas on ne trouve presque jamais de pus dans les vaisseaux lymphatiques, mais que les conditions sont différentes! Les nouvelles accouchées suppurent avec une facilité et une abondance qui souvent n'a pas même besoin du travail préparatoire de l'inflammation régulière. Qu'une irritation même légère se fasse dans les tissus, et, sous l'influence de cette malheureuse condition organique, surtout si elle est aidée par une constitution épidémique, le pus va pleuvoir de toutes parts. Pour ce qui regarde la lymphangite capillaire de M. Cruveilhier, je défie bien qu'on la nie; car, du moment que les tissus d'où naissent les lymphatiques suppurés sont enflammés, il est impossible que les vaisseaux lymphatiques capillaires de ces tissus ne le soient pas, puisqu'ils en constituent une partie essentielle et inextricable, et que, suivant quelques célèbres anatomistes, le tissu cellulaire est en définitive entièrement composé des radicules de l'arbre lymphatique.

P.

GAZETTE MÉDICALE.

Les quatre numéros de mars de la Gazette médicale ne contiennent en fait de travaux originaux complets que l'article suivant.

De la contracture des poumons et de la phthisie par contracture, par J. Quissac, *chirurgien, chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi.*

En 1832 M. Quissac eut occasion de faire l'autopsie d'un jeune homme mort dans le marasme le plus complet, dont les poumons, complétement exempts de tubercules, étaient réduits au volume du poing, quoiqu'on ne découvrît dans la plèvre ni à l'origine des bronches aucune disposition qui pût rendre compte de cet état. Depuis cette époque il a rencontré plusieurs autres cas du même genre d'après lesquels il a pu observer les caractères, les causes et les effets d'une nouvelle affection des poumons à laquelle il a donné le nom de contracture.

Nous ne sommes pas à même de juger de

l'exactitude des résultats qu'annonce M. Quissac; mais son mémoire porte l'empreinte d'une grande exactitude d'observation et d'une logique rigoureuse. Nous allons en donner une analyse aussi complète que possible.

Avant d'entrer en matière l'auteur fait quelques remarques sur le mécanisme de la respiration. Outre les mouvemens des parois de la poitrine, il admet comme cause de l'inspiration un agent, soit musculaire, soit érectile de l'expansion propre du poumon, et comme cause de l'expiration des fibres musculaires découvertes pas Reissessen, et qu'ont aussi démontrées Laënnec, M. Andral et Cuvier comme agens de contraction propre de l'organe. D'après l'auteur l'exposition et la contraction propres des poumons seraient clairement démontrées par des expériences sur les animaux vivans. Il en trouve aussi la preuve dans certains phénomènes pathologiques de la coqueluche et de l'asthme, tels que la suffocation, l'état de spasme, qui accompagnent la toux.

C'est de l'aberration de la force de contraction que dépend, suivant l'auteur, la maladie qu'il décrit sous le nom de contracture.

Il a observé que, dans cette maladie, les poumons, sains en apparence, étaient d'une densité remarquable et privés d'air, bien qu'ils n'offrissent ni hépatisation, ni engouement d'aucune espèce; que leur volume était considérablement diminué quoiqu'il n'existât dans la plèvre aucun épanchement, soit liquide, soit gazeux; quoique les ganglions bronchiques n'eussent pas accru de volume; qu'on ne trouvât, en un mot, rien qui pût faire regarder cette disposition comme dépendant d'une autre affection.

Quant à la cause qui a déterminé ces changemens, M. Quissac la trouve dans le resserrement, la contraction des divisions bronchiques et de tout l'appareil vasculaire et celluleux amené par une modification de la sensibilité de l'appareil nerveux pulmonaire sous l'influence de laquelle les fibres musculaires qui entrent dans la composition de la tunique extérieure se sont contractées spasmodiquement. C'est comme effets de cet état pathologique des poumons que l'auteur considère les désordres qui surviennent dans l'hématose, et par suite dans les nutritions.

La contracture des poumons présente différens degrés d'étendue; elle se borne quelquefois à l'un de ces organes.

Elle ne tient pas non plus toujours la même marche; tantôt elle se présente sous la forme aiguë; tantôt, prenant un caractère chronique, elle donne lieu à une série de symptômes qui constituent une véritable consomption pulmonaire; c'est à cette dernière que l'auteur donne le nom de phthisie par contracture. Il présente d'abord l'histoire de deux malades atteints de contracture des poumons à l'état aigu, et sur lesquels il fait plusieurs remarques dont voici les principales :

1° La contraction spasmodique de la tunique musculeuse des bronches peut être amenée par l'inflammation de la muqueuse.

2° Les seuls symptômes signalés sont la toux et la gêne croissante de la respiration. On n'observe aucun de ceux qui annoncent un obstacle à l'abord du sang dans les poumons.

3° Quant au pronostic, il est évident qu'il est toujours fort grave.

Enfin l'auteur établit les caractères de la contracture aiguë qui la font distinguer et du pneumo-thorax et de l'asthme.

Quant à la contracture à l'état chronique l'auteur en rapporte d'abord deux observations et remarque : 1° que cette maladie est souvent méconnue et confondue, soit avec la phthisie tuberculeuse, soit avec l'atrophie des poumons; 2° que dans l'un des cas elle eut pour cause l'onanisme, dans l'autre peut-être une résorption de pus; 3° que l'inflammation de la membrane muqueuse, que l'on trouva injectée et légèrement tuméfiée, s'annonce par une toux légère et sans douleur; 4° on reconnut par l'auscultation que la respiration devenait chaque jour moins expansive.

L.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

The American journal of the medical sciences. (*Novembre* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX : 1° Observations cliniques recueillies dans les salles de médecine de l'hôpital de Pensylvanie, par *Gerhard;* — 2° Cinq cas de fracture non consolidée, par *Kirkbride;* — 3° De la mortalité, à Philadelphie, parmi les individus au dessous de l'âge de puberté, par *Emerson;* — 4° Observations, par *Lee;* — 5° Emploi du colchique dans le tétanos; observations générales sur le traitement de cette maladie à Haïti, par *Smith;* — 6° Observations d'irritation de la moelle épinière, par *Malone;* — 7° Rupture du cœur, par *Hallowell;* — 8° Rapport trimestriel sur les maladies observées à l'hôpital de *Wills*, par *Littell;* — 9° Rapport statistique sur les cas de calculs urinaires admis à l'hôpital de Pensylvanie, par *Coates;* — 10° Revue trimestrielle.

Observations cliniques, etc. — M. Gerhard rapporte trois cas de méningite tuberculeuse survenus chez des individus affectés de tubercules pulmonaires plus ou moins avancés, et dont un était entré à l'hôpital comme phthisique, avant l'apparition des premiers symptômes cérébraux. Il conclut de ces faits et de quelques autres auxquels il fait allusion, sans entrer dans aucun détail, que les maladies fatales du cerveau et de ses membranes, qui frappent les enfans au dessous de deux ans, n'affectent guère que les enfans tuberculeux; que la méningite, qui complique assez souvent la phthisie, a été considérée à tort, et faute d'un examen suffisant, comme idéopathique, tandis qu'avec plus d'attention, on eût reconnu la matière tuberculeuse dans les membranes; enfin, que la méningite tuberculeuse a presque toujours son siége à la base du crâne. M. Gerhard a eu recours presque exclusivement au traitement antiphlogistique,

secondé par quelques révulsifs. Cette méthode, ajoute-t-il, ne devait pas être plus efficace que les autres contre des altérations organiques si graves.

Viennent ensuite quelques observations d'hémorrhagie cérébrale et de ramollissement aigu du cerveau, puis une observation de ramollissement de la moelle épinière, sur laquelle nous donnerons quelques détails.

Il s'agit d'une petite fille de dix ans, appartenant à une famille de neuf enfans, dont quatre avaient succombé, en bas âge, à des affections convulsives. Elle fut prise tout à coup, le 6 octobre 1833, de lassitude et de douleurs dans les jambes. Le 7, la marche était chancelante; anorexie, soif, vomissement glaireux, constipation, douleur au dos. Du 8 au 16, paralysie complète, mais sans rigidité, des bras et des jambes, principalement à gauche. Du reste la sensibilité est intacte, l'intelligence parfaite, les réponses précises, la voix assurée; point de fourmillement dans les membres; l'épine dorsale n'est point déviée, la pression sur les apophyses épineuses, depuis la nuque jusqu'au sacrum, détermine de vives douleurs. La respiration est un peu courte, le pouls à cent vingt-quatre, faible, mais régulier; constipation. Le 17, douleur dans les épaules; la sensibilité devient obtuse dans les membres, toujours point de céphalalgie; déjections et urines volontaires, intelligence intacte, voix altérée, dyspnée, etc. Mort le 19. A l'autopsie, on trouve la moelle épinière présentant son aspect ordinaire, à cela près que dans l'espace de trois pouces au dessous du renflement cervical, elle semble alternativement étranglée et renflée. La pie-mère et l'arachnoïde ne sont point injectées; la moelle alongée est généralement ferme, mais on y remarque un point ramolli du volume d'un gros pois, situé sur la ligne médiane, à deux lignes au dessous de la protubérance annulaire, près de la jonction des olives et des corps rectiformes. La portion ramollie est jaune, parsemée de points rouges; la moelle épinière est ramollie depuis l'extrémité inférieure de la moelle alongée jusqu'à trois pouces de la queue de cheval. Dans le tiers supérieur de cet organe, le ramollissement est borné à la face postérieure, et remarquable principalement dans le voisinage du sillon médian; le reste de la moelle est d'un jaune verdâtre parsemé de points rouges. Les sinus de la dure-mère sont remplis de sang noir; les ventricules contiennent peu de sérosité; la substance corticale est violette, la blanche gorgée de sang, mais toutes deux ont leur consistance normale; la protubérance est injectée, mais ferme.

Fractures non consolidées. — M. Kirkbride a observé cinq fractures, une de l'avant-bras, une de l'humérus, une des deux os de la jambe et deux du fémur, dans lesquelles la consolidation n'eut pas lieu, bien que la constitution des blessés ne fût nullement altérée, et sans doute uniquement à cause de la mauvaise application des moyens contentifs. Dans toutes, la résection fut pratiquée, non sans difficulté toutefois, parce qu'il fallut enlever le cal irrégulier qui s'était formé à l'extrémité de chaque fragment. Dans toutes, également, la guérison fut retardée par des érysipèles qui se développaient autour de la plaie, et forçaient de suspendre l'emploi des appareils. La fracture de l'avant-bras offrit ceci de particulier, que les deux os ayant été brisés en trois endroits, la fracture supérieure et l'inférieure se consolidèrent, et la moyenne se transforma en fausse articulation. Après la résection, le cubitus se consolida le premier, et le cal du radius était encore mou lorsque le malade, impatient, sortit de l'hôpital: il y rentra peu de temps après avec une rupture des deux cals; un séton fut passé entre les fragmens, et la guérison eut lieu. Le séton fut également indispensable pour la fracture de l'humérus et pour celle de la jambe; celle-ci avait eu lieu très près de l'articulation tibio-tarsienne; le fragment supérieur du péroné avait glissé sur le fragment inférieur, il s'était cicatrisé avec lui dans cette position vicieuse, et sans un peu d'attention, on l'aurait pris volontiers pour la malléole externe. Pour ramener le tibia à sa rectitude naturelle, il fallut scier l'extrémité inférieure du long fragment du péroné, et la séparer du fragment malléolaire. L'une des deux fractures du fémur était située très près du grand trochanter. L'opération fut extrêmement difficile, et le malade périt le seizième jour, à la suite d'un abcès métastatique dans le poumon.

De l'emploi du colchique dans le tétanos. — Le tétanos est une maladie commune à Haïti comme dans tous les climats très chauds, et qui offre cette singularité qu'elle frappe presque exclusivement les naturels du pays, tandis que les étrangers en sont ordinairement exempts; elle se développe soit spontanément, soit à la suite d'une blessure souvent insignifiante. La méthode généralement employée pour la combattre consiste dans l'emploi de l'opium, des bains, de la saignée, etc. M. Smith assure avoir retiré des avantages incontestables d'un autre traitement; il débute par des lavemens émolliens, applique cinquante ou soixante sangsues le long de la colonne vertébrale, ou bien il pratique sur le même point un nombre égal de scarifications, et fait saigner les plaies au moyen de ventouses. Quand il y a trismus, il applique des sangsues sur la région mastoïdienne, puis il recouvre les parties piquées ou scarifiées de linges trempés dans une forte solution de muriate d'ammoniaque. En même temps il administre la teinture vineuse de colchique, en commençant par un demi-gros, et en augmentant graduellement la dose de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce que l'effet éméto-cathartique du médicament soit produit. S'il survient des coliques, il prescrit l'esprit de Mindererus à la dose d'une demi-once d'heure en heure, avec addition d'un quart de grain d'acétate de morphine. Si la surface du cops se refroidit, s'il survient des symptômes de collapsus, on remplace les applications de muriate d'ammoniaqne par des fomentations chaudes aux pieds et aux aisselles. Sur neuf individus traités par cette méthode, parmi lesquels se trouvaient deux hommes affectés de trismus traumatique, cinq hommes et une femme atteints d'opisthotonos idiopathique, et un homme pris de pleurosthotonos, cinq sont guéris et quatre sont morts. M. Smith pense

que les semences du colchique sont préférables au bulbe. Il prépare la teinture de la manière suivante :

℞ Semences sèches de colchique,	2 onces.
Vin blanc d'Espagne,	1 livre.

Faites infuser, etc.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Omodei).

(Volume LXXVI. — *Décembre* 1835.)

Maladie extraordinaire traitée par le docteur Carlo Cavalli.

L'observation suivante est présentée comme preuve de la ténacité de la vie chez quelques malades.

Mariana Besana, réglée à quinze ans, bien constituée et d'une humeur fort gaie, tombe éperduement amoureuse. Perte de l'appétit et du sommeil, tristesse, recherche de la solitude, cardialgie constante ; à ces premiers changemens se joignent bientôt, douleur de tête à la région occipitale, gonflement au cou, borborygmes, rapports, mouvemens convulsifs et fièvre erratique. Elle était en cet état depuis un an, quand tout d'un coup elle fut prise, la nuit, de tétanos avec suspension de chaleur et de toutes les fonctions vitales, au point qu'on la crut morte. Au bout d'une heure et demie, convulsions accompagnées de gémissemens, de hurlemens, d'écume à la bouche et de respiration stertoreuse, pendant huit heures, sans aucun soulagement possible que par le sommeil qui vint de lui-même. Pareil accès tous les huit jours. On imagine de recourir à la musique, qui en effet calme deux fois les convulsions, mais augmente tellement le mal de tête, qu'il fallut renoncer à ce moyen. L'accès devint plus fréquent, il eut lieu tous les quatre jours, tous les deux jours, tous les jours; il fallut garder le lit; alors vives douleurs de ventre, impossibilité d'avaler et suppression des règles. Lavemens de bouillon. Le paroxysme se déclarait au milieu de la nuit et cessait à huit heures du matin, pour faire place à des douleurs néphrétiques et à une entière suppression d'urine; cet état dura deux ans, quoi qu'on pût faire.

Pulmonie combattue par de copieuses saignées et suivie de paralysie alternant avec les convulsions. On tira plus de cent verres de sang, et on ne pouvait faire cesser l'immobilité de tout le corps qu'en saignant tantôt à un bras, tantôt à un autre ou aux pieds. On finit par abandonner la malade aux alternatives de paralysie et de convulsions, plutôt que de l'épuiser par de si fréquentes saignées; il survint de temps à autre quelques jours lucides, pendant lesquels elle était somnambule.

On fut obligé de revenir à la saignée pour une récidive de pulmonie et une amaurose, auxquelles succéda une défaillance qui dura une heure, pendant dix-huit mois, tous les jours, et commençait exactement à trois heures du matin. Au sortir de la défaillance, la malade souffrait presque tout le temps un spasme violent à l'estomac, avec un hoquet que le musc calmait en partie.

Quatre ans passés, la scène change. Vomissemens régulièrement trois fois par jour, constipation, rétention d'urine; le ventre se ballonne, gargouille, vomissement de dix livres d'urine pure; la vessie, qui s'était vidée par ce vomissement, se remplit de nouveau et se vide de même. On introduit une sonde dans la vessie; le viscère ne contenait plus d'urine, mais il y en découle par les uretères, et alors elle sort par la sonde, et le ventre n'est plus troublé : la malade désormais n'urina plus que par la sonde, et rendait par jour vingt livres, quarante livres d'urine. Ce diabétès cessa de lui-même. Il est à remarquer que si l'on ne s'empressait de vider la vessie, l'urine regorgeait vers l'estomac et était vomie avec de grandes souffrances. Que vont dire les physiologistes? Le mal paraît se fixer à la face: trismus, gonflement et refoulement de la langue dans le gosier, horrible tuméfaction de la face et contorsion de la bouche, clôture des paupières. La saignée du bras est remplacée par celle de la langue qui dissipe le gonflement de la face, l'étouffement, et procure l'ouverture des yeux. Après ce calme, cette fille annonce, comme si elle eût été inspirée d'en haut, que désormais ses convulsions de la nuit seront remplacées par une défaillance de six heures, et elle prédit vrai.

L'ascite se forme. On fait deux fois la paracenthèse, et on se disposait à la pratiquer une troisième fois, quand la malade demanda qu'on introduisît et laissât une sonde dans la vessie ; en effet, l'eau du ventre s'écoula toute par cette voie. Ensuite, douleurs à l'hypocondre gauche, que l'on rapportait à la présence de vers, vomissement de sang qui cède à deux saignées abondantes. Bref, depuis dix-huit ans, il faut saigner la malade quatre fois tous les deux jours la quatrième semaine de chaque mois, sinon survient le vomissement de sang ou l'anasarque, qu'on ne peut dissiper que par les saignées.

On a essayé de se dispenser de la saignée, mais tous les remèdes internes et externes ont été inutiles, et la pauvre fille serait morte si on ne lui eût tiré du sang comme à l'ordinaire.

Le tonnerre a touché Marianne Besana, lui a brûlé les cheveux et les sourcils, et la maladie est restée la même.

La malade, après vingt-cinq ans de souffrances, perdit sa mère; elle en eut tant de chagrin qu'on crut qu'elle allait mourir faute de nourriture ; elle fut encore saignée malgré sa grande faiblesse, pour une pulmonie des plus intenses.

Ajoutons qu'il ne passe aucune maladie constitutionnelle que cette fille n'en ressente les atteintes: ainsi elle a essuyé des maux de gorge, la rougeole, la varicelle, la diarrhée, l'ophthalmie, la grippe. et sa grande maladie n'a pas cessé. Voici son état actuel : « Depuis « vingt-six ans Marianne est couchée dans son « lit, sur le dos, incapable de faire aucun

« mouvement, les membres alongés et in-« flexibles, les doigts et les orteils en flexion « permanente. » Le commencement de la maladie date de vingt-huit ans. On a pratiqué trois mille cinq cents saignées.

—

REPERTORIO MEDICO-CHIRURGICO DEL PIEMONTE.

(*Août* 1835.)

Section du nerf ischiatique, par le docteur Malagodi, *chirurgien à Fano.*

Une névralgie très grave, fixée au pied droit depuis l'époque de l'adolescence jusqu'à l'âge de trente-un ans, avait résisté à tous les moyens curatifs, et semblait exiger l'amputation. Le docteur Malagodi se mettant à étudier la maladie avec une grande sagacité, est parvenu à la guérir sans recourir à l'amputation. Il a excisé le nerf ischiatique dans l'étendue d'un pouce et demi. Voici comment il prépara cette excision : il fit modeler une jambe de plâtre toute semblable à celle du malade, et y remarqua les endroits qui devenaient douloureux dans le paroxisme. Puis il découvrit par l'anatomie que toutes les lignes de douleur suivaient les ramifications nerveuses émanées du grand nerf ischiatique. Alors il proposa la section de ce nerf comme on pratique celle du maxillaire dans le tic douloureux, avec l'attention d'emporter une portion du premier pour éviter la cicatrisation des deux bouts. L'opération fut faite en enlevant le nerf dans le tiers inférieur de la cuisse, et eut un plein succès. Après vingt-un mois l'opéré fut présenté à l'Académie médico-chirurgicale de Bologne, et marcha d'un pas délibéré.

Une chose digne de remarque, c'est que l'amputation fit cesser toutes les douleurs pendant trois jours ; mais ensuite ces douleurs revinrent, et ne disparurent sans retour qu'après le trentième jour qui suivit l'opération. L'auteur attribue avec raison ce phénomène à l'inflammation du nerf excisé.

Névralgie sacro-lombaire, par le docteur Pullino.

Un homme de quarante-cinq ans, conformé comme un Hercule, était guéri de la fièvre tierce depuis dix jours, lorsqu'au retour de la chasse, par un temps frais, le corps en sueur, il se mit à dormir sur un terrain froid, et à boire quelques verres d'eau et de vin.

Le lendemain, 2 novembre, il est réveillé à cinq heures du matin par une vive douleur qui se fait sentir au testicule droit, se porte à l'aîne, au côté droit de la colonne vertébrale, et se fixe à la région de la première pièce du sacrum. Il semblait, dit le malade, qu'on lui enfonçait là un clou à coups redoublés. Cette douleur ne dura que deux heures. (2 saignées copieuses au bras. Sang couenneux). A quatre heures du soir retour de la douleur qui parcourt tout le trajet de la colonne vertébrale, en partant de la région lombaire ; respiration entrecoupée, haut-le-corps fréquens, défaillance alternant avec des cris, délire de moment en moment ; disparition de tous ces symptômes et calme vers les onze heures. (Dix grains de sulfate de quinine et autant d'extrait de jusquiame.)

Le 3 novembre, intermission parfaite de treize heures. A deux heures après-midi, la douleur devient plus vive, passe des lombes aux aînes, et gagne le ventre. (Saignée du bras, sang couenneux. Liniment de cinq grains d'acétate de morphine étendus dans cinq onces d'huile d'amande douce.) Nuit agitée, persistance de la douleur plus vive à la région ombilicale.

Le 4 novembre, soulagement attribué au liniment ; peau rude, sèche, très brûlante, soif inextinguible, langue sèche, rouge à la pointe ; douleur intolérable fixée au sacrum et à la région hypogastrique. (Saignée du bras ; le sang n'est plus couenneux. Trente grains d'extrait de jusquiame.)

Le soir, la névralgie sacro-lombaire ne tourmentait guère, mais le ventre était tendu, tuméfié, douloureux au toucher. On se rappelle que le malade a fait usage de la médecine de Leroi. (Vingt-quatre sangsues au siége.)

Le 5, repos d'une heure pendant la nuit ; délire avec déclamation, évacuation de matières dures ; ventre encore douloureux au toucher ; persistance de la douleur à la région du colon ascendant. La névralgie est réduite à peu de chose. (Trente-six sangsues à l'épigastre ; les piqûres suintent six heures. Trente grains d'extrait de jusquiame dans l'espace de quatorze heures.)

Les 6, 7, 8, 9 et 10, des lavemens font rendre pendant trois jours une quantité prodigieuse de matières d'abord pultacées, puis muqueuses, jaunâtres, très fétides. Guérison.

Névralgie de la face, par le même docteur Pullino.

Un homme de trente ans, d'un tempérament sanguin-nerveux, d'une bonne santé habituelle, quoique d'une fibre sèche et irritable, éprouva en novembre 1832 un érysipèle à la lèvre supérieure. Il s'alite ; survient une douleur au front qui prend de l'intensité et gagne tout le côté gauche de la face ; la douleur y devient si vive, qu'on dirait que les fibres se déchirent au dessous de l'œil. Au bout de cinq heures, calme et érysipèle simple.

Le lendemain au soir, retour de la douleur névralgique qui s'étend aux tempes et à la nuque ; l'accès dura huit heures.

Le troisième jour, même douleur à la même heure, qui disparut dans la nuit.

Le quatrième jour, la douleur revient le soir avec une telle atrocité, que le malade veut se donner la mort. Elle dura dix heures et se termina par la sueur. Récidive le cinquième, le sixième et le septième jours, et néanmoins le pouls restait le même durant et après les accès. L'érysipèle était guéri.

Cinq saignées des bras, deux applications de sangsues, purgatifs, boissons émétisées, lotions sur le siége du mal avec la décoction de feuilles de jusquiame, de belladone, le cyanure de potassium ; pilules de Maglin. Le tout inutilement.

C'était sans doute une fièvre larvée, susceptible de guérir par le quinquina. On donna le

fébrifuge à forte dose sans succès pendant les dix, onze, douze, treize et quatorze jours.

Les quatre jours suivans on administra le sous-carbonate de fer qu'on porta à un gros et demi.

Le dix-septième, le malade se plaignit à l'approche de l'accès d'une douleur de dent. Le docteur Pullino examina la bouche et découvrit une dent cariée à la mâchoire supérieure du côté de la douleur. Ce fut pour lui un trait de lumière; il proposa l'extraction de cette dent.

Des consultans ne voient aucun rapport entre cette carie et les douleurs, qu'ils attribuent plutôt à une inflammation. On fait une copieuse saignée.

Mais la maladie n'était point une inflammation, car le sang n'avait point formé de couenne, et si la maladie eût été inflammatoire elle eût marché d'un pas soutenu. Aussi les saignées ne firent-elles qu'augmenter l'intensité de la névralgie.

Dans la nuit, le malade voulut de l'opium; il prit trois grains d'extrait gommeux.

Le lendemain, avant l'heure présumée de l'accès, il prit de nouveau trois grains d'extrait gommeux. Cette fois-là ce fut sans soulagement; et on pensa que si les premiers avaient calmé, c'est qu'ils avaient été donnés sur le déclin.

Le malade n'éprouve plus rien des diverses médications employées, et souffrant toujours, se décide à l'extraction de la dent cariée. Depuis lors, plus de douleur.

V. O. G.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Neue Wisenschaftliche annalen der gesammten Heilkunde.

(*Journal de Hecker*, 3e *volume*, 1er *cahier.*)

Articles originaux : 1° Sur l'épidémie de scarlatine qui a régné à Pétersbourg en 1832, par le docteur *Lichtenstaedt*; — 2° Source d'eau minérale à Ems.

Le premier de ces deux articles est une monographie très étendue; le second est une satire sanglante contre un établissement qui semblerait plus propre à favoriser la cupidité des médecins et la sensualité des malades qu'à remplir de véritables indications thérapeutiques.

—

Rust's magazin für die gesammte Heilkunde.

(46e vol., 1er cahier.)

Articles originaux : 1° Rapport annuel sur l'hôpital de la Charité de Berlin; — 2° Education physique de l'homme; moyens d'acquérir et de conserver la santé, par *Rudolph Heine*; — 3° Sur l'extirpation totale ou partielle de la langue, par le docteur *Reiche*; — 4° Miscellanées. Atrésie du vagin dans une fièvre nerveuse, opération couronnée de succès, par le docteur *Boehm*.

Extirpation de la langue. — Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur les moyens d'arrêter l'hémorrhagie après l'ablation d'une partie de la langue ou de la totalité de cet organe. M. Reiche divise la question, et pense que ces moyens doivent varier suivant les circonstances. Quand l'opération a pour but de remédier à un excès de longueur de l'organe, ou d'enlever une tumeur qui en occupe la pointe, il vaut mieux, au lieu d'une section transversale, pratiquer une incision en V, dont les deux branches, partant du raphé, se dirigent plus ou moins obliquement en avant et en dehors, l'une à droite et l'autre à gauche. On enlève ainsi un lambeau triangulaire; les lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées et maintenues en contact par un ou deux points de suture faits avec un fil de plomb dont on tord les deux bouts ensemble. La compression qui en résulte suffit pour arrêter l'hémorrhagie. Pour que la cicatrisation se fasse dans toute l'étendue de la plaie et que la langue ne reste pas fourchue, on est quelquefois obligé de passer à travers la pointe des deux lambeaux un fil qui pénètre toute leur épaisseur dans le sens horizontal.

Si l'altération morbide qui exige l'opération est située sur les côtés de la langue, il faut tâcher de se rapprocher autant que possible du procédé ci-dessus, ou recourir à la torsion des artères qui est au moins aussi efficace que la ligature. Enfin, lorsque l'excision complète de la langue est indispensable, et surtout lorsqu'il existe un état variqueux de cette partie, il faut absolument recourir au cautère actuel. Suivant M. Reiche, ce moyen n'échoue quelquefois que parce que le fer n'est pas assez rouge, ou parce qu'on le laisse appliqué trop long-temps sur la surface saignante qu'il ne devrait qu'effleurer rapidement, et qu'alors l'escarre qu'il a formée s'y attache et s'enlève avec lui.

Atrésie du vagin, etc. — Une jeune fille de vingt-un ans, à peine convalescente d'une fièvre nerveuse, rendit par le vagin une sanie fétide et un lambeau de fausse membrane assez considérable pour que sa mère la soupçonnât d'une fausse couche. Depuis lors, la menstruation cessa; mais, chaque mois, des douleurs assez vives se faisaient sentir aux lombes et dans le bas-ventre. La malade eut recours à M. Boehm qui reconnut une oblitération complète du vagin par suite des adhérences que les parois de cette cavité, ulcérées pendant le cours de la maladie, avaient contractées entre elles. Une opération fut proposée et rejetée : la jeune fille se maria. Au bout de deux ans, son mari désappointé demanda l'annullation du mariage; alors elle se décida à se soumettre à l'opération proposée. En écartant les grandes lèvres, on voyait le vagin se terminer à deux pouces de la vulve en un cul de sac fermé par une membrane très forte, derrière laquelle on sentait une tumeur ferme et résistante. Le doigt indicateur introduit dans le rectum faisait apprécier le volume de cette tumeur grosse à peu près comme le poing; au dessus, on distinguait les deux lèvres du museau de tanche. Après avoir placé

une sonde dans la vessie, M. Boehm, repoussant le rectum en arrière avec un doigt appliqué contre la paroi postérieure du vagin, incisa la membrane avec un bistouri à lame étroite. Il s'échappa aussitôt environ une livre de sang noir, mais inodore; puis des caillots durcis au point de ressembler à des matières long-temps retenues dans l'intestin, se détachèrent successivement. La membrane muqueuse du vagin se terminait directement au col de l'utérus, sans former autour de lui le repli circulaire qu'on y remarque dans l'état normal. Cette dernière adhérence fut respectée; un cylindre de linge fut placé dans le vagin, et renouvelé deux fois par jour. Un mois après, la guérison était complète. La jeune femme n'est pas encore devenue enceinte, mais l'évacuation menstruelle se fait régulièrement depuis lors.

—

MEDIZINISCHE ZEITUNG.

Gazette médicale de Berlin. — (Août 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX : N° 31. 1° De l'école d'infirmiers créée à Berlin, par *Gedike*; — 2° Débris d'un fœtus rendus par l'anus; guérison de la mère, par *Schmidt*. — N° 32. 1° Cas de monomanie religieuse, par *Ideler*; — 2° Insufflation dans le cas de vomissement de matières stercorales, par *Gedike*. — N° 33. 1° Apoplexie pulmonaire; par *Bahn*; — 2° Considérations sur la vaccination et la revaccination, par *Wittecke*. — N° 34. 1° Luxation de la rotule, par *Grimm*.

Débris de fœtus rendus par l'anus. — Il s'agit d'une femme de quarante ans, mère de plusieurs enfans, laquelle, vers la fin du deuxième mois d'une dernière grossesse, fut saisie tout-à-coup, à la suite d'un léger effort, d'une douleur violente dans le sacrum et dans le flanc gauche, accompagnée d'une hémorrhagie abondante par les parties génitales. Ces deux phénomènes persistèrent, quoique avec moins d'intensité, pendant le reste de la grossesse. Au huitième mois, les mouvemens de l'enfant cessèrent de se faire sentir; la malade éprouva des douleurs comme pour accoucher; la sage-femme trouva le col de l'utérus dilaté, et crut reconnaître la présentation par la tête. Cependant il n'y eut pas d'accouchement. Au onzième mois, les douleurs se renouvelèrent; une grande quantité d'eau fut rendue par l'anus à plusieurs reprises. Alors M. le docteur Kelsh fut consulté, et, à son tour, appela M. Schmidt. Ces deux médecins trouvèrent la malade extrêmement amaigrie, couverte de sueur; le pouls était misérable, la soif inextinguible, le ventre très sensible, le col de la matrice fermé et dévié à droite. En introduisant un doigt dans l'anus, on sentit plusieurs petits os qui furent extraits, ainsi qu'une extrémité inférieure encore recouverte des parties molles, dans un état avancé de putréfaction. Après de nombreuses injections d'eau tiède, on retira par morceaux un fœtus entier, moins la tête, qui fut rendue plus tard par fragmens. On ne découvrit, aussi loin que le doigt put atteindre, aucune perforation du rectum. La malade s'étant rétablie, et le rapport fait par la sage-femme étant au moins douteux, M. Schmidt n'ose décider s'il y a eu rupture de la matrice, ou si le germe a passé directement de la trompe dans l'abdomen.

Vomissement de matières fécales guéri par l'insufflation. — Nous avons déjà rapporté, sur la foi des journaux anglais, plusieurs cas d'invagination de l'intestin guéris à l'aide de l'insufflation par le rectum. M. Gedike propose le même moyen employé par une autre voie. C'est dans la bouche même du malade qu'il insuffle de l'air, soit avec la bouche, soit avec une vessie garnie latéralement d'une soupape. Il a eu recours au premier de ces deux procédés chez un enfant de onze ans; le premier effet de l'insufflation fut l'augmentation des douleurs; le père du malade revint à la charge et aggrava encore les souffrances; mais une demi-heure après la première insufflation et presque immédiatement après la seconde, une selle abondante eut lieu, et fut suivie d'un si grand nombre d'autres qu'on fut obligé de modérer cette évacuation vraiment extraordinaire. Dès lors, tous les accidens cessèrent pour ne plus reparaître.

Luxation de la rotule. — Dans les deux cas rapportés par M. Grimm, le déplacement de la rotule était dû à un violent effort musculaire; le ligament inférieur était déchiré, l'os avait exécuté à la fois un mouvement incomplet de bascule et une demi-rotation sur lui-même. La réduction fut facile, grâce à l'extension de la jambe sur la cuisse, et à la flexion de celle-ci sur le bassin. Une hydrarthrose légère se manifesta chez l'un et chez l'autre malade, et céda, au bout de quelques jours à l'action d'un bandage compressif.

Hernie diaphragmatique. — Après un excès de table, un homme vigoureux, âgé de quarante-cinq ans, éprouve tout-à-coup des douleurs atroces dans la région précordiale, et meurt après trois jours de souffrances continues, de constipation opiniâtre, de vomissemens dont les derniers donnent issue à un liquide sanguinolent et d'une odeur fétide. A l'autopsie, on trouve au diaphragme, à gauche et à un demi-pouce de l'ouverture œsophagienne, un trou circulaire du diamètre d'une pièce de deux gros, dans lequel l'estomac est fortement étranglé. Les trois quarts environ de cet organe ont passé dans la cavité pectorale gauche; une perforation de ses parois a donné lieu à un épanchement sanguin qu'on évalue à une livre.

—

MÊME JOURNAL.

(*Septembre* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX : N° 35. 1° Aphorismes sur les maladies mentales, par *Damerow*; — 2° Emploi de l'ammoniaque contre la morsure de la vipère, par *Lorinser*; — 3° Arrachement du pied. — N° 36. 1° Iléus occasioné par une cause mécanique, par *Wolff*; — 2° Blessures graves au visage chez des enfans, guéries avec facilité, par *Carganico*. — N° 37. 1° La variole observée en Orient au sixième siècle et transplantée en Europe, soit à cette époque, soit à celle des Croisades, se reproduit-elle chez nous spontanément, et par la seule action des causes épidémiques? par *Simon*; — 2° Phlébite interne, par *Bahn*.

— N°. 38. Fungus médullaire de la base du crâne, par *Nolte*. — N° 29. 1° Traitement de la syphilis sans mercure, par *Strunz*; — 2° Fièvres intermittentes larvées, par *Heine*.

Iléus par cause mécanique. —Schultz, guéri depuis six ans d'une péritonite, se présente à la Charité, éprouvant les mêmes accidens qu'on avait observés lors de sa première maladie. L'aggravation rapide des symptômes, malgré l'application sévère de la méthode antiphlogistique, fait soupçonner l'existence d'une invagination intestinale, et douze onces de mercure métallique sont administrées en plusieurs fois. La mort survient le sixième jour. A l'autopsie, on trouve dans le voisinage de la rate environ dix onces de mercure qui s'étaient échappées par une déchirure de l'intestin grêle. Vers la fin de l'iléum, à deux pieds au dessus de son insertion dans le cœcum, existait un appendice vermiculaire, de quatre à cinq pouces de longueur, et d'un pouce de diamètre à sa base, formé par la paroi intestinale distendue, et dont le sommet adhérait, au moyen d'une substance ligamenteuse, au feuillet péritonéal qui tapisse les parois abdominales dans le voisinage de l'ombilic. Il ne paraissait pas que les circonvolutions de l'intestin se fussent pelotonnées autour de cette bride; mais elle tiraillait l'iléum, et formait autour de lui une espèce d'anneau au dessus duquel se trouvait une distension considérable, tandis qu'au dessous on remarquait un rétrécissement de la cavité intestinale. Les parties étaient enflammées; mais la gangrène ne s'était pas manifestée encore.

Phlébite interne. Une femme de vingt ans est accouchée à l'aide du forceps. Assez bien pendant les premiers jours, elle ne tarde pas à éprouver une anxiété croissante et à négliger le soin de son enfant. Le quatrième jour, fièvre, peau brûlante, élévation et fréquence du pouls, tuméfaction du sein gauche, diminution du lait et des lochies. Rémission de vingt-quatre heures, puis frisson suivi de chaleur et de sueur. Le soir du sixième jour, le pouls est à 150, délire, pensées de mort. (Saignée d'une livre répétée le lendemain). Le neuvième jour, rejet des alimens et des boissons, sensibilité dans la région de l'utérus lequel est incomplétement revenu sur lui-même. Le dixième, état typhique; peau sèche et brûlante, pâle, comme dans l'anasarque, bigarrée de veines sinueuses et saillantes surtout sur la poitrine; visage pâle mais tranquille et sans expression de douleur, yeux fermés, mains tremblantes; pouls tendu à 125; langue rouge, sèche, sans enduit; respiration anxieuse et inégale; dans l'inspiration profonde, le côté gauche de la poitrine se dilate peu. La glande mammaire gauche est gonflée, et présente quelques nodosités; *trémulation* du cœur, toux, crachats muqueux. Le col utérin est ouvert, le vagin brûlant, les lochies rares, la sécrétion du lait nulle; les selles difficiles et peu abondantes, l'urine trouble, presque jumenteuse; la malade est dans une profonde apathie, ses réponses sont lentes et peu précises; elle ne veut pas voir son enfant. On applique quinze sangsues au bas ventre. Les symptômes ci-dessus persistent encore quelques jours, sauf une légère rémission. Le treizième jour, la toux et l'oppression augmentent, la face devient rouge pendant l'exacerbation. De tout cela, M. Bahn conclut, sans hésiter, qu'il a affaire à une inflammation de la veine cave inférieure, occasionée par une affection du même genre dans les veines utérines. Il reconnaît en outre trois indications: 1° ralentir la circulation; 2° diminuer la plasticité du sang; 3° rappeler les sécrétions, notamment celle de l'urine. La digitale, l'eau distillée de laurier cerise, le nitre, etc., sont employés dans ce but et secondés par des lavemens et une application de sangsues. Les symptômes disparaissent graduellement, et ainsi se trouve prouvée, dit l'auteur, la justesse du diagnostic.

Fongus médullaire à la base du cerveau. — Un militaire, âgé de vingt-six ans, entré au service à dix-neuf, se plaignit, en juillet 1834, de l'affaiblissement de sa vue qui ne lui permettait pas de distinguer les objets quand le lieu où il se trouvait n'était pas parfaitement éclairé. A ce symptôme se joignit bientôt une incontinence d'urine pendant le sommeil seulement, puis une grande paresse physique. Plus tard, le malade s'interrompait tout-à-coup dans son travail, et restait immobile comme un homme occupé de profondes réflexions. Le régime antiphlogistique dissipa ou atténua plusieurs fois ces accidens. Cependant ils se reproduisaient toujours, et chaque fois avec une nouvelle intensité. La cécité devint complète bien que l'iris se mût encore, toutefois avec lenteur. Au milieu du mois de décembre, le malade tomba dans un état de demi-somnolence dont on le tirait facilement par des questions auxquelles il répondait juste. Il commença alors à faire ses ordures dans son lit; il avait soin cependant, quand il était éveillé, de tirer d'abord son drap de dessous lui, et de le replacer, après avoir fait ses besoins dans sa paillasse. Le 22 janvier 1835, il tomba dans un état comateux, bientôt accompagné d'opisthotonos, et mourut le 24. Il n'avait jamais éprouvé de douleurs fixes à la tête; la parole, les fonctions des sens, excepté celui de la vue, la respiration, étaient restés à l'état normal, à très peu de chose près, jusqu'à la surveille de la mort. A l'ouverture du cadavre, on trouva les os du crâne fort épais, les sinus gorgés de sang, les ventricules remplis à demi de sérosité. A la base du cerveau existait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, fixée sur l'entrecroisement des nerfs optiques dégénérés en ce point, recouverte, non par l'arachnoïde, mais par une membrane propre, distendant le troisième ventricule au point que la commissure antérieure avait un bon pouce de longueur, d'une couleur rouge brune, pesant deux onces, cinq gros et deux scrupules, composée de matière encéphaloïde, et renfermant dans son centre une cavité que remplissait du sang noir coagulé. Le chiasma (entrecroisement) des nerfs optiques, les tubercules mamillaires et la glande pituitaire, étaient dégénérés; la surface du corps strié droit était moins ferme que le reste, le pont de varole et la moëlle alongée étaient repoussés en arrière, mais sans aucune altération; toutes les autres parties du cerveau étaient dans l'é-

tat normal ainsi que la moelle épinière. La dure-mère et les os du crâne étaient ramollis dans l'espace sur lequel reposait la tumeur.

Traitement de la syphilis sans mercure. — Dissertation un peu vague, étayée de trois ou quatre faits plutôt indiqués que décrits.

III. MÉLANGES.

NOUVELLES BIBLIOGRAPHIQUES.

Il vient de paraître un *Traité de thérapeutique*, par MM. Trousseau et Pidoux, qui a été très bien accueilli et qui continuera certainement de l'être. Les relations publiques et privées qui nous attachent à la personne des auteurs de ce Traité, ne sauraient être pour nous un motif suffisant de ne pas le faire connaître à tous et surtout aux praticiens, pour qui principalement il a été fait.

Les rapports constans, journaliers et *cliniques* que les auteurs ont eus depuis nombre d'années déjà, et qu'ils continuent d'avoir avec l'un des plus habiles et des plus consommés maîtres de notre époque, M. le professeur Récamier, ont marqué cet ouvrage et chaque page de cet ouvrage d'un caractère particulier qu'on chercherait vainement ailleurs.

La réputation de M. Trousseau, comme *thérapeutiste expérimentateur*, s'est étendue fort au loin. La publication du *Traité* viendra prouver, selon nous, qu'elle était fondée et légitime.

Du reste, nous déclarons que le compte-rendu du livre de MM. Trousseau et Pidoux, ne sera, ni une flatterie, ni une insignifiance, et que la science et la vérité y seront avant tout respectées.

—

C. Legallois. — *Expériences physiologiques sur les animaux.* — Le célèbre Harvey avait proposé aux physiologistes d'expliquer pourquoi un fœtus séparé de sa mère, et dont la respiration n'a point encore commencé, peut sans danger en supporter la privation pendant quelques heures, et pourquoi il ne peut plus s'en passer un instant, dès qu'il a fait une seule inspiration. C'est ce problème, qui peut être d'une si grande importance dans la science des accouchemens, que feu M. Legallois s'était efforcé de résoudre dans ses recherches expérimentales sur les animaux. Le mémoire dans lequel il a consigné le résultat de ses travaux a été lu et déposé au sein de l'Académie royale des sciences, qui, pour donner une marque de son estime pour cet ouvrage, a voulu qu'il fût publié à ses frais. Bon compte en sera rendu.

—

E. Chassaignac. — *De la circulation veineuse.* — « Il y a, dit Bichat, des recherches très nombreuses à faire sur le mouvement du sang dans les veines. Malgré tout ce qu'ont écrit les auteurs sur cette question, elle offre une obscurité où l'on n'entrevoit encore que quelques traits de lumière. » Ainsi, par la nature et l'importance seule du sujet, l'ouvrage de M. Chassaignac mérite déjà grande attention. La manière dont il l'a traité nous oblige à en donner une analyse détaillée; nous y reviendrons.

NOUVELLES DIVERSES.

Concours. — Le concours de la chaire d'anatomie se poursuit activement. Les trois premières épreuves en sont faites et la quatrième va commencer. Nous remettons au numéro prochain ce que nous avons à dire sur les épreuves orales et sur les épreuves écrites.

Phrénologie. — Plusieurs de nos lecteurs ont sans doute eu déjà connaissance de la discussion animée qui vient de s'élever au sein de l'Académie de médecine sur la phrénologie, et à laquelle M. Broussais a pris la plus grande part. Après s'être vu fermer l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine et refuser la salle de l'Hôtel-de-Ville et l'amphithéâtre du Jardin des Plantes, il ne pouvait laisser échapper cette occasion de rentrer sur son terrain. Des affiches annoncent qu'il va donner suite à ses leçons dans un local particulier. Et nous, nous promettons de continuer de les faire connaître et de les juger impartialement.

Question mise au concours par la Société royale de médecine de Marseille. — 1° Le passage du choléra en France a-t-il suffisamment arrêté nos idées sur son mode de propagation, pour qu'on puisse d'ores et déjà modifier, quant à lui, notre législation?

2° Jusqu'à quel point nos idées sur la propagation du typhus, de la fièvre jaune et de la peste, sont-elles modifiées par la grande épidémie dont la France vient d'être le théâtre, et jusqu'à quel point est-il permis de modifier la législation relative au typhus, à la fièvre jaune et à la peste?

Un prix de 500 fr. sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire. Ceux-ci, écrits en français ou en latin, devront être adressés, *franc de port*, avant le 1er septembre 1837, à M. Girard, docteur en médecine, secrétaire général de la Société, rue Saint-Ferréol, n° 56.

— MM. Blandin, Gerdy et Bérard jeune, se portent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale à l'Académie royale de médecine.

Le Directeur de service J. LEBAUDY.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DU QUATRIÈME VOLUME.

1835 — 1836.

A

Abcès sanguins. 96
Abstinence prolongée. 427
Accouchemens. 427-473
— (Traité complet de l'art des) par M. Velpeau. 329
— Manœuvres imprudentes. — Métrite aiguë. 455
Adams. — Fracture incomplète du corps du fémur. 295
Aiguës. — (De la saignée répétée coup sur coup dans le traitement des maladies). 380-424
Air atmosphérique. — (Existence d'un principe hydrogéné dans l'). 169
Alançon. — Héméralopie sympathique. 110
Aliénés. — (Maison de santé d'). 463
Alison. — Ictère comateux. 252
Allaire. — Expulsion de tænias par l'écorce de racine de grenadier. 108
— Hydropisie enkystée de l'abdomen. 458
Alumine. — (Sulfate d') dans le traitement des fièvres graves. 471
Amande amère. — (Principe nouveau de l'). 169
Amaurose. — (De la strychnine dans l'). 201
— Guérison par l'extirpation d'un stéatome de l'orbite. 430
Aménorrhée opiniâtre. 473
Amstein. — Ligature des polypes utérins. 327
Amussat. — Vice de conformation du rectum. 393
— Du spasme de l'urètre. 425
— Ligature de tumeurs hémorrhoïdales. 433
Amygdales. — (Résection des). 38
Anatomiques. — (Anomalies). 340
Anévrysme. 427
— Par anastomose. 472
— Nouvelle méthode de traitement. 473
— De l'artère brachiale. — Compression. 72
— De la crosse de l'aorte. — Difficulté du diagnostic. 164
— Partiel du cœur. 294
Angines. — Revue clinique. 27
Angine croupale. 166-474
Antimoine. — (Oxide blanc d') contre les phlegmasies pulmonaires. 367
— (Oxide blanc d') dans la pneumonie des enfans. 509
Antispasmodique. 426
Antonelli. — Fracture du col du fémur. 259
Aorte. — (Difficulté du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'). 164
Aorte lombaire. — (Rupture de l'). 392
Arachnoïde cérébrale. — (Des fausses membranes de l'). 378
Arcades palmaires. — (Ouvertures des). Guérison. 10
Archambault-Reverdy. — Du deutoxide de mercure dans les fièvres typhoïdes. 240
Arétée. — Maladies aiguës et chroniques, traduction de M. Reynaud. 467
Argile purifiée. — Son emploi dans le ramollissement de l'estomac. 342
Aronssohn. — De l'introduction des vers dans les voies aériennes. 376
Arsenic. — (Tritoxide de fer hydraté, contre-poison de l'). 189
Arsénieux. (Empoisonnement par l'acide). 73
Artériotomie. 392
Asthme thymique. 341-378
Astragale. (Exeision de l'). 38
— (Fracture de l'). 382
Atrésie du vagin. 517
Aurifères. — (Préparations). 335
Avant-bras. — (Fracture complète de l'). 412
Axillaire. (Ligature de l'artère). 35

B

Baker. — Anomalies anatomiques. 340
Baleine. (Huile de) dans les maladies invétérées de la peau. 429
Ballota lanata. — Contre le rhumatisme. 121
Bandages. — (De l'abus des). 38
Bartlett. — Dipsosis. 472
Bayle. — Bibliothèque thérapeutique. 286
Beau. — Mouvemens du cœur. 336
Becquerel. — Température du corps humain. 169
Belloc. — De l'action pure des médicamens homœopathiques. 30
— Analyse du Traité des maladies de la peau de M. Rayer. 245
— Analyse de la Bibliothèque thérapeutique de M. Bayle. 286
— Des préparations aurifères par Chrestien, analyse. 335
Bénédict. — Clinique chirurgicale. 382
Bennett. — Eau distillée de laurier cerise. 427
Bérard aîné. — Sur les fonctions du nerf facial et la paralysie de la face. 6
— Ligature des artères axillaires cubitale et tibiale postérieure. — Hémorrhagies traumatiques et leur traitement. 35
— Observations sur une anomalie du système circulatoire. 364
Bérard jeune. — Engorgemens du testicule. 131-181
— Hernie étranglée. 440
— Clinique chirurgicale. 441
— Diagnostic dans les maladies chirurgicales. 501
Berland. — La fièvre typhoïde est contagieuse. 507
Bianchetti. — Extraction d'un fil de laiton de la vessie. 259

Billeray. — Sur la contagion. 219-402
Bineau. — Tritoxide de fer, contre-poison de l'arsenic.
Bismuth. — (Sous nitrate de) dans les gastralgies. 510
Boehm. — Atrésie du vagin. 517
Blennorrhagie chez la femme. 159
Blondeau. — Pastilles de Vichy. 415
Bonnet. — Traité des fièvres intermittentes. 111
— Fistules des conduits du lait. 339
Bougie. — (Maladie épidémique de). 240
Boudet (F.). — Analyse du Traité de pharmacie théorique et pratique de M. Soubeiran. 503
Boudin. — Complication de la rougeole chez l'enfant. 318
Bouillaud. — Clinique des maladies du cœur. 251
— Coïncidence de l'inflammation du tissu séreux et fibreux du cœur avec le rhumatisme articulaire. 305
— Discussion sur la thérapeutique des maladies aiguës. 390
— Traité clinique des maladies du cœur. 416
Boussingault. — Existence d'un principe hydrogéné dans l'air atmosphérique. 169
Boyer. — Revue clinique de l'Hôtel-Dieu. 162
Brera. — Typhus charbonneux causé par la gourme des chevaux. 122
— Angine croupale. 166
Broussais. — Cours de phrénologie. 487
Broussais (Casimir). — Revue clinique. 250
— Atlas historique et bibliographique de la médecine. 421
Brûlure. — (Nouveau traitement de la). 203
— Son traitement par l'eau phagédénique et la poudre de rhubarbe. 340
Buck. — Observations chirurgicales. 429
Busson. — Orthopédie. 329
Boinet. — De la compression médiate des veines. 426
Bolu-Grillet. — Elémens généraux de l'art de guérir. 422

C

Cabissol. — Du coton écru dans l'érysipèle. 322
Cadavres. — (Conservation des). 125
Café. — (Propriétés médicales du). 115
Caffe. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 95
— Tumeurs blanches. 143
— Analyse du Traité des accouchemens de M. Velpeau. 329
Calcul vésical. 96
Calculs de la vessie. 499
Cal. — (Absorption du). 297
Campanelli. — Atonie palpébrale. 259
Cancer externe. — Traitement par le caustique de Vienne. 229
Cancéreuses. — (De l'emploi du chlorure d'or dans les affections). 116
Cancéreuse du sein. (Tumeur). 414
Cancéreux. — (Boutons). Traitement par le muriate d'or acide. 500
Cantharides. — (Nature et mode d'agir des). 208
Cappelletti. — Luxations du coude. 432
Carbure d'hydrogène. 123
Carré. — Des préparations iodurées dans le traitement des tumeurs blanches. 365
Caron du Villards. — Nouveau remède emménagogue. 249
Castara. — Hémiplégie faciale. 231
— Tentatives de lithotritie. 368
Carswell. — Le tubercule; son siége, son origine; ses transformations. 377
Castellacci. — Lithotritie et lithotomie. 301
Catapultia minor. — (Empoisonnement par les semences de). 165
Cataracte traumatique. — Guérison spontanée. 301
Catarrhe suffocant. 370
Cathétérisme simple et forcé. 1
— Forcé. 108
Caustique de Vienne dans le traitement du cancer externe. 229
Cautère et moxa dans la méningite et l'encéphalite. 293
Cavalli (Carlo). — Maladie extraordinaire. 515
Cazenave. — Des maladies des voies urinaires chez l'homme. 466
Ceinture à levier pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale. 213
Cellulaire. — (Induration du tissu) chez un nouveau-né. 382
Cerveau. — (Maladie rare du). 210
— (Tumeur enkystée du). 381
Céphalomatomes chez les nouveau-nés. 378
Cérébrales. — (Maladies). 395
— (Hémorrhagies). 513
Césarienne. — (Opération). 302-472
Chailly. — De la cure des ganglions anciens. 424
Chaleur atmosphérique. — Son influence thérapeutique. 159
Chambeyron. — Diagnostic dans les maladies chirurgicales. Thèse de M. Bérard jeune. (Analyse). 501
— Extrait de journaux américains : North American archives of medical and surgical sciences, octobre 1834. 37
— Novembre 1834. 38
— Décembre 1834. 339
— Janvier 1835. 340
— Mars 1835. 380
— Avril et mai 1835. 426
— Juin et juillet 1835. 473
— The American journal of the medical sciences, août 1835. 473
— Journaux anglais. — The Edimburgh medical and surgical journal, juillet 1835. 71
— Octobre. 252
— The London medical and surgical journal, juin 1835. 72
— London medico-chirurgical review, octobre 1835. 297
— Journaux Allemands. — Journal der praktischen Heilkunde, octobre 1834. 39
— Janvier 1835. 163
— Juillet, août, septembre 1835. 341
— Medizinische Zeitung, décembre 1834. 165
— Mars 1835. 209
— Avril 1835. 298

— Mai 1835. 381
— Juin et juillet 1835. 428
— Août et septembre 1835. 518
— Rust's magazin, 12e vol. 2e fasc. 74
— 44e vol. 3e fasc. 382
— 45e vol. 1re fasc. 429
— 3e vol. 1er cahier. 517
— Mémoires étrangers. 254
Chaniac (De). — Emploi du guaco dans le choléra. 204
Charcuterie avariée. — Accidens causés par elle. 162
Chassaignac. — De la fracture du col du fémur. 114-290
Chassinat. — Anomalies des organes de la circulation. 389
Châtaigne (Crusta genu equina). — Contre l'épilepsie. 472
Chélius. — Traité de chirurgie. 244
Cheiloplastie par un nouveau procédé. 269-278
Chew. — Salivation spontanée. 381
Chiappa. — Clinique médicale. 257
Chirurgicales. — (Observations), par M. Smith. 340
Chirurgie. — (Traité de), par M. Chélius. 244
Chlorure d'or contre les affections cancéreuses. 116
Chlorure de chaux comme cosmétique. 209
Choléra. — (Des frictions mercurielles dans le). 204-244
— (De l'emploi du guaco dans le). 204
— (Nouvelles du). 126-172
Chorée. — (De l'emploi des bains froids dans la). 158
Chrestien. — Des préparations aurifères. 333
Ciguë (Grande). — Conium maculatum Lam. 289
Circulation. — (Anomalies des organes de la). 67-389
Cirsocèle. — Cure radicale au moyen des aiguilles. 15
Clavicule. — (Appareil pour la fracture de la). 428
Cliniques. — (Plan d'études). 20
Cloquet (J.). — Lésion de l'artère humérale. 392
Clot-Bey. — Observations chirurgicales. 161
— Lettre sur la peste d'Egypte. 161
Cœur. — (Mouvemens du). 336
— (Clinique des maladies du). 251
— (Tissus séreux et fibreux du). — Coïncidence de leur inflammation avec le rhumatisme articulaire. 305
— (Etat pathologique du). 210
— (Expériences physiologiques et recherches cliniques sur l'influence de certains médicamens sur les fonctions du). 296
— (Traité clinique des maladies du). 416
Colchique. — (De l'emploi des préparations de) dans le traitement de la fièvre rhumatismale. 201
— (Teinture de). Ses effets à haute dose. 164
— (Teinture de) dans le rhumatisme articulaire aigu. 162
Collin. — Des fractures. 412
— Calculs de la vessie. 499
Colonne vertébrale. — (Fracture de la). 473-380
Compression contre l'ouverture des artères. 10
— Contre l'érysipèle phlegmoneux. 11
— Contre l'anévrysme de l'artère brachiale. 72
Concours pour l'agrégation, section de médecine, 1835. 41
— Section de chirurgie, 1835. 85-128
— Bureau central de médecine. 42
— De chirurgie. 42-85
— Pour la chaire de clinique chirurgicale à Paris. 172-304-434
— Pour la chaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. 393-435
— Pour la chaire de médecine légale à Strasbourg. 42
— Pour la chaire de clinique interne à Strasbourg. 172-433
Constant. — Des préparations de colchique. 201
— Du cautère et du moxa dans la méningite et l'encéphalite. 293
— De l'emploi des bains froids dans le traitement de la chorée. 158
— De l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie des enfans. 509
Contagion et infection miasmatique. 219-402
Contracture des poumons. 512
Convulsions des femmes en couches. 299
Cordon spermatique. — (Infiltration du). 38
Cordon ombilical. — Sa structure. 124-169
— (Bifurcation du). 340
Coqueluche. 383
Cornée. — (Reproduction de la). 430
Corneliani. — Angine croupale ou membraneuse. 474
Corneille. — (Anatomie de la). 123
Coste. — De l'hermaphrodisme. 277
— Jumeaux Siamois. 389
Côtes. — (Fracture des). 97
Coton écru dans l'érysipèle. 322
Cottereau. — Traité élémentaire de pharmacologie. 199
Coude. — (Luxation du). 432
Coudret. — Electropathie. 213
Cow-pox. — (Découverte du). 476
Craigie. — Altérations pathologiques des parois de l'estomac. 252
Crampe des doigts. 209
Crâne. — (Fracture comminutive du). 412
Crépitation des gaînes tendineuses.
Cristallin. — Son déplacement dans les deux yeux. 381
Croup et trachéotomie. 175
Cubitale. — (Ligature de l'artère). 35
Cubitus. — (Résection du). 344
Cuir chevelu. — (Accumulation de liquide sous le). 340
Cuivre. — (Sulfate de) dans le ramollissement de l'estomac. 342
— Dans le croup. 342
Cyanose. 71
— Et pneumonie chez un enfant de trois mois. 362

D

Darré. — Tumeur cancéreuse du sein. 414
David Pesaro. — Ostéosarcome. 207
Delirium tremens. — Son traitement. 249

Deslandes. — Sur l'onanisme, etc. 371
Desruelles. — Lettre sur le traitement de la syphilis. 243
— De la syphilis. 284
Devergie aîné. — Méthode simple antiphlogistique dans la syphilis. 291
— Origine, nature, traitement de la syphilis. 344
— Lettre sur la syphilis. 347
Diagnostic dans les maladies chirurgicales.— De ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs. 501
Dick. — Opération de la hernie étranglée sur une femme enceinte. 165
Dictionnaire historique de la médecine. 155
Digestif. — (Anomalie du canal). 67
Digitale pourprée. 286
Dipsosis. 472
Doctrine médicale. — (Prodromes d'une nouvelle). 157
Doigt presque entièrement détaché. Sa réunion. 380
Doigts. — (Luxation des). Nouveau moyen de réduction. 469
Donegara de Como (Carlo). — Fongus médullaire de la rétine. 166
— Ostéosarcome au crâne. 207
Donné. — Etat du pouls, de la respiration, etc., dans les maladies. 247
Dothinentérie. — (Purgatifs dans la). 43
Dowel. — Idiosyncrasie remarquable. 340
Dubois (d'Amiens). — Traité de pathologie générale. 68
Dubuc. — Responsabilité médicale. 435
Duhamel et *A. Legrand.* — Du virus syphilitique et des désordres qu'il peut causer sur le cerveau et ses dépendances. 448
Dunan. — Rupture de la matrice. 427
Dunglison. — Des antispasmodiques. 426
Duplay. — De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus après l'accouchement. 511
Dupuytren. — Nouvelle manière de pratiquer l'opération de la pierre. 386
— (Essai historique sur). 111
— (Musée). 127
— Son portrait à l'Hôtel-Dieu. 393
Durand. — Cyanose et pneumonie. 363
Durr. — De l'emploi de l'argile purifiée et du sulfate de cuivre dans le ramollissement de l'estomac. 342
Duval. — Pieds-bots. 389
Dysenterie. 39

E

Eau en affusions. 112
Ebermayer. — Renouvellemement du vaccin. 210
Ecole préparatoire de médecine. 172-216
Electricité comme moyen thérapeutique. 351
Electrique. — (Etat) de l'atmosphère avant et pendant la pluie. 215
Electriques—(Propriétés) acquises par certains minéraux dans leur contact avec l'eau. 168
Electropathie. 213
Emménagogue. — (Nouveau remède). 249
Emery. — Nouveau traitement de la gale. 116
Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Traitement par le tritoxide de fer hydraté.
Endermique—(Méthode)dans plusieurs lésions du système nerveux. 205
Enfans. — (Pneumonie des). 101
Entérite folliculeuse. — Purgatif. 43
Epaule. — (Luxation de l'). 412
Epilepsie. 460
— Traitement par la châtaigne (Crusta genu equina). 472
Epine.—(Redressement des déviations latérales de l'). 260
Epispastiques. 87
Erysipèle phlegmoneux des membres guéri par la compression. 11
— Phlegmoneux. — Injections toniques contre la gangrène qui leur succède. 497
Erysipèle. — Revue clinique. 27
Estomac. — Altérations pathologiques de ses parois. 252
Ether. — (Formation de l'). 124
Eulemburg. — Extirpation d'une parotide squirrheuse. 74
Euphorbia lathyris. — (Empoisonnement par les semences de l'). 165

F

Fabbrichesi (Gaetano). — Opération césarienne. 302
Facial. — (Fonctions du nerf). 6
Fémur. — (Fracture du col du). 114-259-290
— (Fracture incomplète du col du). 295
— Luxations en haut et en dehors. 307
Fer. — (Tritoxide de). Contre-poison de l'acide arsénieux. 73
Feu. — Son application dans les maladies chirurgicales. 157
Fièvre cérébrale chez les enfans. 108
— Intermittentes. — (Traité des). 111
— Méthode de prévenir leurs récidives. 381
Fièvre puerpérale. 22
— Typhoïde. — Traitement par les purgatifs répétés. 36-43
— Forme adynamique. — Emploi des toniques. 149
— Typhoïde.—Elle est contagieuse. Thèse de M. Berland. 507
Fistules des conduits du lait. 339
Fleury. — Reproduction des sangsues. 215
Flourens. — Structure du cordon ombilical. 124-169
— Communications vasculaires entre la mère et le fœtus. 390
Fœtus vomi par un enfant. 390
— (Communications vasculaires entre la mère et le). 390
— (Débris de) rendus par l'anus. 518
Foie. — Méthode pour injecter le foie sur les animaux vivans. 427
Fongus de la vessie. 171
— Hématodes. 38
— Médullaire à la base du cerveau. 519

Forget. — Delirium tremens. — Son traitement. 249
Foucat. — Traitement de la colique de plomb. 170
Fourreau de Beauregard. — Monomanie homicide guérie par les vermifuges. 160
Fractures. — Fausse articulation. 249
— Accidens consécutifs. 469
— Non consolidées. 514
— Des membres inférieurs. 494
Franc. — Cure radicale des varices. 15
Freyberg. — Chlorure de chaux comme cosmétique. 209
Fricke. — Episioraphie ou suture du vagin. 214
Froriep. — Difficulté du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. 164
Fuster. — Des saignées répétées dans le début des maladies aiguës. 424
— Du sous-nitrate de bismuth dans les gastralgies. 510

G

Galactyrrhée. — Cas remarquable. 470
Gale. — (Nouveau traitement de la). 116
Galias. — Ouverture accidentelle des arcades palmaires superficielle et profonde. — Compression. 10
Galvanisme dans le traitement de l'hémiplégie faciale. 231
Ganglionnaire. — (Irritation du système). — Inflammation aiguë qu'elle développe dans divers organes. 253
Ganglions anciens. — Ponction et compression. 424
Gangrène des érysipèles phlegmoneux. — Injections toniques. 497
Gannal. — Conservation des cadavres. 125
Gastralgies. — Sous-nitrate de bismuth. 510
Gaudon. — Rhumatisme articulaire. — Catarrhe suffocant. 370
Gaymard. — Observations d'histoire naturelle. 166
Geddings. — Maladies de l'ovaire. — Dysenterie. 39
— Ligature de l'artère iliaque primitive chez le cheval. 248
Gendron. — Propositions sur le croup et la trachéotomie. 175
Génitales. — (Vices de conformation des parties). 273
Gérardin. — Sécrétion de la membrane interne vasculaire. 360
— Vaccination pratiquée en France en 1834. 433
Gerdy. — Cure radicale des hernies du ventre. 391
— Planches XXXII et XXXIII, coupes verticales et transversales du crâne et du cerveau. (Texte). 435
— De l'état matériel ou anatomique des os malades. 468
Gerhard. — Méningite tuberculeuse. — Hémorrhagies cérébrales. 513
Gerson. — Cataracte traumatique. 301
Gibert. — Manuel des maladies spéciales de la peau. 198
Gimé. — Rétention d'urine. — Ponction de la vessie. 328
Gimelle. — Rupture de l'aorte lombaire. 392
Glandes mésentériques. — Etat pathologique. 210
Godin. — Revue clinique, service de M. Bérard jeune. 278
— Revue clinique médicale. 438
Gola. — Ulcérations intestinales. 474
Goldfuss. — Vomissemens de larves vivantes. 429
Gouraud (Henri). — Analyse du Traité de pathologie générale de M. F. Dubois d'Amiens. 68
— Analyse du Traité des maladies du cœur, de M. Bouillaud. 416
— Planche XXXIV, artère poplitée. (Texte). 438
Gouraud père. — Analyse du Traité des fièvres intermittentes, de M. Bonnet. 111
— Journaux Italiens. (Extraits). — Repertorio medico-chirurgico del Piemonte, mars 1835. 73
— Août. 1835. 516
— Antologia medica. 121-167-207-342-383
— Annali universali di medecina, juillet et août 1835. 257-516
— Avril et mai 1835. 300
— Septembre. 384
— Décembre. 474-515
Gourme des chevaux. — Typhus charbonneux causé par elle. 122
Gouzée. — Invagination intestinale. 338
— Propriétés fébrifuges du chlorure de soude. 424
Goyrand. — Hernie inguino-interstitielle. 205
Graff. — Nécrose des os du crâne et ramollissement de la substance cérébrale. 163
Grenadier. — (Ecorce de racine de). 108
Griffin. — Etat pathologique de la moelle épinière. 116
Grossesse interstitielle. 212
Guaco. — Son emploi dans le choléra. 204
Guérin. — Redressement des déviations latérales de l'épine. 260
Guyot. — Influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique. 159
— Des accidens consécutifs aux fractures. 469

H

Hache. — De la péricardite. 292
Hahnemann. — Traité de matière médicale ou de l'action pure des médicamens homœopathiques. 30
Halley. — (Comète de). 170
Haspel. — Maladies cérébrales. 395
Heiffelder. — Crampes des doigts. 209
— Faits d'anatomie pathologique. 210
Héméralopie sympathique. 110
Hémiplégie faciale. 234
— Traitement par le galvanisme. 231
Hémoptysie. 383
Hémorrhagies traumatiques et leur traitement. 35
Hémorrhoïdes. 426
Hémorrhoïdales. — (Tumeurs). Ligature. 433
Henry. — Cathétérisme forcé. 108
Hermaphrodisme. 276
Hernies étranglées. — Opérations. 195-439
— Réduction sans opération. 215

Hernies. — Lettre de M. Malgaigne. 304
— Nouveaux appareils pour la cure radicale. 392
Hernie crurale étranglée chez une femme enceinte.— Opération. 195
— Ingnino-interstitielle. 205
— Inguinale de l'appendice cœcal. 384
— Du ventre. — Cure radicale. 391
— Diaphragmatique. 518
Hetling. — Ostéosarcome des deux mâchoires.
— Extirpation. 298
Heurteloup. — Taille et lithotritie. 305
Hintze. — Traitement de la brûlure par l'eau phagédénique et la poudre de rhubarbe. 340
Hirsch. — De l'asthme tymique. 341
Hoffmann. — Sulfate de cuivre dans le croup. 342
Homœopathiques.—(De l'action pure des médicamens). 38
Homœopathique. — (Essai de clinique). 33
Hoquet. 383
Humérale. — (Lésion de l'artère). 392
Hulse. — Empoisonnement par le seigle ergoté. 428
Hydrocéphale aiguë chez les enfans. 118
Hydropisie enkystée de l'abdomen. 458

I

Ictère comateux. 252
Idiosyncrasie remarquable. 340
Iléus par cause mécanique. 519
Iliaque primitive. — (Ligature de l'artère). 428
Imbert. — Prodrome d'une nouvelle doctrine médicale. 157
Inflammation. 385
— (Guérison des plaies sans). 171
Intestin. — (Portion d') rendue par les selles. 253
Intestinales. — (Invaginations). 338
— (Altérations). 474
Iodurées. — (Préparations) contre les tumeurs blanches, etc. 367
Ischiatique. — (Section du nerf). 516

J

Jacob. — Hémiplégie faciale. 234
— Epilepsie. 460
Jambe. — Amputation. 380
Josse. — Affusions d'eau. 112
Jumeaux Siamois. 389

K

Kerneison. — Erysipèle phlegmoneux des membres. — Compression. 11
Kiernan. — Méthode pour injecter le foie sur les animaux vivans. 427
Kirkbride. — Absorption du col dans les fractures. 297
Klose. — Propriétés curatives de la vaccine. 165
Kluge. — Pneumonie des nouveau-nés. 429
Kœler. — Réduction des hernies étranglées sans opération. 215
Kopp et *Hirsch.* — De l'asthme tymique. 378

L

Lallemant. — Introduction d'un haricot dans la trachée. — Trachéotomie. — Mort. 66
— Tumeurs érectiles. — Procédés opératoires. 115
— Des pertes séminales involontaires. 373
Langue. — Extirpation. 517
Larrey. — Fractures terminées par fausse articulation. — Traitement. 249
Larves vivantes. — (Vomissement de). 429
Laryngite. 297
Laurence. — Principe nouveau de l'amande amère. 169
Laurier cerise. — (Eau distillée de). 427
Lebaudy. — Analyse du mémoire de Dupuytren sur la taille bilatérale. 386
— Médecine opératoire de Sabatier. — (Analyse et réflexions). 303
— Texte des planches :
— xxv, le cerveau et l'origine des nerfs. 261
— xxvi, la base du crâne et le passage des nerfs à travers la dure-mère. 262
— xxvii, l'aisselle vue par devant. 262
— xxviii, région poplitée inférieure et profonde. 262
— xxix, veine saphène externe. 262
— xxx, le ligament falciforme, ou de Gimbernat. 262
— xxxi, région axillaire antérieure et profonde. 435
— xxxvi, artère crurale sous le couturier. 438
Lebreton (Al.). — Ophthalmie contagieuse. 244
Leclerc (Fréd.). — Epispastiques. 87
Legrand (Duhamel et). — Du virus syphilitique et des désordres qu'il peut causer sur le cerveau et ses dépendances. 448
— Muriate d'or acide contre les boutons cancéreux. 500
Legros. — Vices de conformation des parties génitales. 273
Lélut. — Fausses membranes de l'arachnoïde cérébrale. 378
Lenoir. — Analyse de l'ouvrage de M. Josse sur les affusions d'eau. 112
Lepelletier. — De la syphilis. 284
Leroy d'Etioles. — Fongus de la vessie. 171
— Nouveaux appareils pour la cure radicale des hernies. 392
Levrat-Perrotton. — Oxide blanc d'antimoine contre les phlegmasies pulmonaires. 367
Lèvre supérieure. — (Restauration de la). 269
Ligature des artères axillaire, cubitale et tibiale postérieure. 35
Lisfranc. — Luxations scapulo-humérales. 214
Lit pour enlever de la profondeur des mines les ouvriers blessés. 123
Lithotritie et taille. — Discussion de l'Académie de médecine. 75
Lithotritie et taille. 192
Lithotritie et lithotomie dans le royaume des Deux-Siciles. 301
Lithotritie. — Tentatives infructueuses. 368
— Ses accidens réels et supposés. 390
Lombard. — Clinique médicale de l'hôpital de Genève. 295
Louis. — De la saignée dans la pneumonie et de la médecine numérique. 342
Louyer-Villermay. — Patente des médecins. 128
Luxations scapulo-humérales. 214
Lymphatique. — (Maladies du système). 201-374

M

Macartney. — Guérison des plaies sans inflammation. 171
Mac-Adam. — Laryngite. 297
Magnétisme minéral. 209
Magistel. — Artériotomie. 392
Maisonnabe. — Déviations de la colonne vertébrale. 206
Malgaigne. — Lettre sur les hernies. 304
Malagodi (Luigi). — Résection du cubitus. 344
— Section du nerf ischiatique. 516
Maladies aiguës et chroniques. — (Traité des signes, des causes et de la cure des). 467
Malle. — Appareils des sécrétions et de la génération chez le fœtus. 114
Marc-d'Espine. — Des causes qui hâtent ou retardent la puberté. 291
Matrice. — Son tissu n'est pas musculaire. 340
— (Chute de la). 171
— (Rupture de la). 427
Maxillaire supérieur. — Excision. 71
— Inférieur. — Carie et résection. 161
Mayor (de Lausanne). — Cathétérisme simple et forcé, et traitement des rétrécissemens de l'urètre (fin). 1
(Voir le commencement dans le 2e vol.)
Médecine. — (Atlas historique et bibliographique de la). 420
Médical. —(Personnel) de Paris, de 1833 à 1836. 393
Mélæna. — Terminaison heureuse. 40
Méningite chez les enfans. 118
— Tuberculeuse. 513
Menstruation. 471
Mercure. —(Deutoxide de) dans les fièvres typhoïdes. 204
Mercurielles. — (Frictions) dans le choléra. 205-244
Métrite aiguë occasionée par des manœuvres imprudentes dans l'accouchement. 455
Mettauer. — De la châtaigne (Crusta genu equina) dans le traitement de l'épilepsie. 472
Metz. — Ecole d'accouchement. 306
Meza (de). — Hoquet, coqueluche, hémoptysie. 383
Miasmatique. — (Infection). 219-402
Moelle épinière. — Pathologie. 116
— Et système ganglionnaire. — Inflammation aiguë que leur irritation développe dans divers organes. 253
— (Irritation de la). 340
Mojon (de Gênes). — De la menstruation. 471
Montesanto. — Paraplégie. 431
Morand. — Phlegmons gangréneux. — Injections toniques. 497
Morphine. — Elle n'est pas le principe narcotique de l'opium. 383
Muret. — Fractures des membres inférieurs. 494

N

Nardo. — Nature et mode d'agir des cantharides. 208
Nasse. — Acétate de plomb dans la dothinentérie. 429
Nécrose. — Des os du crâne avec ramollissement du cerveau. 163
Nerfs. — De l'odorat, du goût et de la vue. — Leur spécialité. 389
Névralgies intermittentes. 212
— Rebelles. — Section des nerfs malades. 441
Névralgie sacro-lombaire. 516
— De la face. 516
Névroses intermittentes locales. 342
Nitrate d'argent cristallisé dans les écoulemens de l'urètre. 467
Novellis (Carlo). — Styrias. — Guérison. 383

O

Officiers de santé. — Ordonnance. 127
Ollivier (d'Angers). — Analyse du Traité de médecine légale de M. Orfila. 375
Onanisme. 371
Opératoire. — (Traité de médecine). — Sabatier-Dupuytren. 394
Ophthalmies aiguës. — Leur traitement par les vésicatoires volans sur les paupières. 60
— Vésicatoires sur les paupières. 483
— Blennorrhagiques. 97
Ophthalmie contagieuse. 243
Orbite. — (Stéatome de l'). — Extirpation. 430
Orchite. 131
Orthopédie. 329
Os malades. — Leur état anatomique ou matériel. 468
Ostéosarcome. 207
— Au crâne. 207
— Des deux mâchoires. — Extirpation. 298
Ovaire. — (Maladies de l'). 93
— (Hydropisie de l'). 120
Ozène puant. 137

P

Paban. — Des frictions mercurielles dans le choléra. 244
Pagès. — Maladie épidémique de Bougie. 242
Paire de nerfs. — (Fonctions de la cinquième). 6
Palpébrale. — (Atonie). 359
Panvini (Pascale).—Clinique homœopathique. 33
Paraplégie. 431
Parotide squirrheuse. — Extirpation. 74
Pathologie générale. — (Traité de). 68
Patente des médecins. 128
Paterson. — Aménorrhée. 473
Peau. — (Traitement des maladies de la). 263
— (De l'huile de baleine dans les maladies invétérées de la). 429
— (Traité des maladies de la), par M. Rayer. 245
— (Manuel des maladies spéciales de la). 198
Pearson. — Squirrhe de l'utérus. — Traitement par la teinture d'iode. 428
Pelletan (Gabriel). — Spécialité des nerfs de l'odorat, du goût et de la vue. 389
Pelletan (Jules). — Clinique de M. le professeur Bouillaud. 206-250
Perdreau. — Découverte du cow-pox. 476
Péricardite. 292
Péroné. — Fracture. 95
Peste d'Egypte en 1835. 161
Petrequin.—Cas remarquable de galactyrrhée. 470

Pharmacie théorique et pratique. — (Nouveau Traité de), par M. Soubeiran. 503
Pharmacologie. — (Traité élémentaire de), par M. Cottereau. 199
Philips. — Anévrysme. — Nouvelle méthode de traitement. 473
Philosophie. — Revue médicale. 423
Phlébite interne. 519
Phrénologie. — Têtes de Lacenaire, etc. 394
— Cours de M. Broussais. 477
Phthisie par contracture des poumons. 512
Pidoux. — Forme adynamique des fièvres typhoïdes. Emploi des toniques. 149
— Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne. — (Analyse). 155
— De l'onanisme, par M. Deslandes. — (Analyse). 371
— Clinique médicale. 236
— Analyse de l'Atlas historique et bibliographique de la médecine, par M. C. Broussais. 420
— Analyse des élémens généraux de l'art de guérir, par M. Bollu-Grillet. 422
— Plan d'études cliniques. — Fièvre puerpérale. — Rhumatisme articulaire aigu fébrile. — Erysipèles, angines, rhumatismes. 20
— Gazette médicale de Paris, mars et avril. 36-116
— Archives générales et Bulletin thérapeutique, mai. 15
— (Trousseau et). — Essai thérapeutique sur la noix vomique. 444
Pieds-bots. 389
Piédagnel. — Traitement des fièvres typhoïdes par les purgatifs répétés. 36
Pince à vis pour la compression des artères. 10
Planches. — (Texte):
— XXV, le cerveau et l'origine des nerfs. 261
— XXVI, la base du crâne. 262
— XXVII, l'aisselle vue par devant. 262
— XXVIII, région poplitée inférieure et profonde. 262
— XXIX, veine saphène externe. 262
— XXX, le ligament de Gimbernat. 262
— XXXIV, artère poplitée. 438
— XXXV, maladies chroniques du larynx. 438
Plomb. — (Colique de). Traitement. 170
— (Acétate de) dans la dothinentérite. 429
Pneumonie. — Phénomènes singuliers. 300
— Des enfans. 101
— Oxide blanc d'antimoine. 509
— Des nouveau-nés. 429
Polype de l'utérus. 71
— Ligature. 327
Portal. — (Prix fondé par le baron). 86
Potasse. — (Iodo-hydrargyrate de). — Usage externe. 381
Poulain. — Crépitation des gaînes tendineuses. 162
Pouls. — Respiration, etc. — Leur état dans les maladies. 247
Poumons. — (Gangrène des). 378
— (Tunique fibreuse des). 427
Prix proposés par les Sociétés de médecine de Paris, 1836. 42
— De Lyon, 1835. 85
— De Toulouse, 1835, 85
— De Louvain, 1836, 172
— De Bordeaux, 1835-1836-1837. 303
— De Marseille, 1836. 394
— Société médico-pratique de Paris, 1835. 126
— Des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 1836. 393
— d'hygiène et de médecine légale, 1836. 303
— A l'école de pharmacie de Paris, 1835. 34
— De l'Académie de médecine de Paris, 1835-6-7. 85
— De vaccine, 1835. 85
— Fondé par M. le baron Portal, 1835-1836-7. 86
— Par Mad. Michel, 1836. 86
Prus. — Anévrysme partiel du cœur. 294
Puberté. — Causes qui la retardent ou la hâtent. 291
Pulmonaires. — (Phlegmasies). 367
Pullino. — Névralgie sacro-lombaire. 516
— De la face. 516
Punaisie ou Ozène puant. 137
Purgatifs dans la dothinentérite, l'entérite folliculeuse, la fièvre typhoïde, etc. 43
Pus. — De sa présence dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus après l'accouchement. 511

Q

Quissac. — Contracture des poumons. 512

R

Raciborski. — De la méthode endermique appliquée à plusieurs lésions du système nerveux. 205
Rankin. — Accouchemens. 473
Ratier. — Ecole préparatoire de médecine. 216
Récamier. — De l'action thérapeutique de quelques sternutatoires. 470
Rectum. — Vice de conformation. 392
Reiche — Extirpation de la langue. 517
Renaud. — Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques. 467
Respiration. — (Anomalie des organes de la). 67
Responsabilité médicale. — Affaire Dubuc. 435
Rétine. — (Fongus médullaire de la). 166
Reynaud. — Du coton écru dans l'érysipèle. 322
Reynolds. — Bifurcation du cordon ombilical. 340
Rhumatisme articulaire. 370
— Articulaire aigu. 162
— Articulaire aigu fébrile. 25
— Guérie par la ballota lanata. 121
— Revue clinique. 27
Richard. — Appareil pour la fracture de la clavicule. 428
Richter. — Bains généraux de sublimé dans la syphilis invétérée. 298
— De l'huile de baleine dans les affections invétérées de la peau. 429
Ricord. — Blennorrhagie chez la femme. 159
Robert. — Des frictions mercurielles dans le choléra. 204
Robertson. — Fracture de la colonne vertébrale. 380

Romand. — Phrénologie. — Cours de M. Broussais. 478
Ronander. — La morphine n'est pas le principe narcotique de l'opium. 383
Roques. — Propriétés médicales du café. 115
Rotule. — Luxation. 518
Rougeole. — Son diagnostic. 162
— Ses complications chez l'enfant. 318
Rouvier. — Lettre sur la patente des médecins. 128
Rufz. — Pneumonie des enfans. 101
— Hydrocéphale aiguë chez les enfans. 118
— De la taille et de la lithotritie. 192
— Complication de la rougeole chez l'enfant. 318

S

Sabatier. — Analyse du manuel des maladies spéciales de la peau, par M. Gibert. 198
— Médecine opératoire. — Réflexions. 303-394
Saignée dans la scarlatine. 72
— Dans la pneumonie. 342
Salivation spontanée. 381
Sang. — Procédé pour le conserver liquide. 210
— (Nouveau principe du). Subrubine. 473
Sangsues. — (Reproduction des). 215
Sarlandière. — De l'électricité comme moyen thérapeutique. 351
Savardan. — Traitement des maladies de la peau. 263
— Lettre de réclamation. 466
Scarlatine traitée par la saignée. 72
Schmidt. — Débris de fœtus rendus par l'anus. 518
Schupmann. — Névroses intermittentes locales. 342
Schuster. — Convulsions des femmes en couches. 299
Schwahn. — Vaccine naturelle. 168
Scrophules. 385
Sédillot. — Luxation du fémur en haut et en dehors. 307
Ségalas. — Lithotritie. — Ses accidens réels et supposés. 390
Seigle ergoté. 287
— Empoisonnement. 428
Sein. — Tumeur cancéreuse. 414
Séminales. — (Pertes) involontaires. 373
Serres. — Injections de nitrate d'argent cristallisé dans les écoulemens de l'urètre. 467
Seurre. — Accouchement. — Métrite aiguë. 455
O'Shaughnessy. — Subrubine, nouveau principe du sang. 473
Signoroni. — Inflammation. — Scrophules. 385
Simon. — Syphilis congéniale. 254
Smith. — Cas chirurgicaux. 38.340-380
— Hémorrhoïdes. — Anévrysme. 426
Solari. — De la saignée dans la pneumonie. 342
Soubeiran. — Nouveau Traité de pharmacie théorique et pratique. 503
Soude. — (Chlorure de). — Ses propriétés fébrifuges. 424
Splénite charbonneuse, transmise des animaux à l'homme. 39
Staphylloraphie. 37
Statistique des hôpitaux de France, 1833. 128
Statuts de la reine Jeanne. 173
Stemberg. — Fièvres intermittentes. 382
Sternutatoires. — Action thérapeutique. 470
Stokes. — Tunique fibreuse du poumon. 427
Strychnine. — Dans l'amaurose. 201
— Dans la paralysie locale. 380
Styrias. — Guérison. 383
Syphilis. — Origine, nature, traitement. 344
— Et son traitement. 86-243-284
— Traitement simple anti-phlogistique. 291
— Invétérée. — Bains généraux de sublimé. 298
— Congéniale. 254
Syphilitique. — (Virus). Désordres qu'il peut causer sur le cerveau et ses dépendances. 448

T

Taille et lithotritie. — Discussion à l'Académie. 75
— Et lithotritie. 192
— Nouvelle manière de la pratiquer. 386
Tamarelli. — Hernie inguinale de l'appendice cœcal. 384
Tannin — Son action. 168
Tarroni. — Vaccine. 432
Température du corps humain. 169
Testicule. — Ses engorgemens. 131-182
Tétanos dépendant de l'inflammation de la moelle épinière. 299
Thérapeutique. — (Bibliothèque), par M. J.-L. Bayle. 286
Thomas. — Accouchemens. 427
— Restauration de la lèvre supérieure. 269
Thompson. — Hernies. 330
— Portion d'intestin rendue par les selles. 253
Tibiale postérieure. — (Artère). Ligature. 35
Tænias. — Leur expulsion par la racine de grenadier. 108
Toniques dans les formes adynamiques des fièvres typhoïdes. 149
Torbet. — Irritation de la moelle épinière et du système ganglionnaire. — Inflammation aiguë qu'elle développe dans divers organes. 253
Trachéotomie. — (Propositions sur le croup et la). 175
Trachéotomie. — Haricot tombé dans la trachée. 06
Tritoxide de fer hydraté contre poison de l'arsenic. 189
Trousseau. — Nouveau traitement de la punaisie. 137
— Caustique de Vienne contre le cancer externe. 229
— Planche xxxv maladies chroniques du larynx. — (Texte). 438
— (et Pidoux). — Essai thérapeutique sur la noix vomique. 444
Tubercule. — Son siége, son origine, ses transformations. 377
Tumeurs blanches. 143
— Leur traitement par les préparations iodurées. 365

Tumeurs érectiles. — Divers procédés opératoires. 115
Typhoïde (Fièvre). — Traitement par les purgatifs. 36-43
— Traitement par le deutoxide de mercure. 204
Typhus charbonneux causé par la gourme. 122

U

Ulcérations intestinales. — Cicatrisation. 210
Ulcères cancéreux. — Préparations arsénicales et excision combinées. 278
Urètre. — (Rétrécissemens de l'). Traitement. 1
— Cathétérisme forcé. 108
— Oblitération de sa partie membraneuse.
— Ponction de la vessie. — Restauration du canal. 37
— (Spasme de l'). 425
— Ecoulemens traités par les injections de nitrate d'argent cristallisé. 467
Urinaires. — (Fistules). 1
— (Voies). Leurs maladies chez l'homme. 468
Urine. — (Rétention d'). Ponction de la vessie. 328
Utérus. — Extirpation. 125
— (Squirrhe de l'). Traitement par la teinture d'iode. 428
— (Polype de l'). Ligature. 429
— (Pierre de l'). 259
— (De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l') après l'accouchement. 511

V

Vaccin. — Son renouvellement. 210
Vaccine. 171
— Propriétés curatives. 165
— Naturelles. 166
— Elle n'est pas un préservatif infaillible de la variole. 432
— Revaccination de l'armée. 381
Vaccinations pratiquées en France en 1834. 433
Vagin. — (Suture du) 214
— Atrésie. 517
Valat. — Lit des mines. 123
Valleix. — Céphalomatomes chez les nouveau-nés. 378
Varices et varicocèle. — Cure radicale à l'aide des aiguilles. 15
— Compression médiate. 426
Varioles lympatique et purulente. 250
Vasculaire. — Membrane interne. 360
Velpeau. — Traitement de certaines ophthalmies aiguës par les vésicatoires volans sur les paupières. 60
— Chute de la matrice. 171
— Maladies du système lymphatique. 201-374
— Nouveau traitement de la brûlure. 203
— Traité complet de l'art des accouchemens. 329
— Vésicatoires dans les ophthalmies. 483
Ver solitaire. 127
Vers dans les voies aériennes. 376
Vésicatoires sur les paupières dans certaines ophthalmies, 483
Vessie. — (Calcul de la). 96
— (Fongus de la). 171
— (Catarrhe de la). 250
— Extraction d'un fil de laiton. 259
— Ponction. 328
Vichy. — (Pastilles de). 415
Vidal (de Cassis). — Historique sur Dupuytren. 114
Videcoq. — De l'emploi des purgatifs dans la dothinentérite, l'entérite folliculeuse et la fièvre typhoïde. 43
Vignolo (G). — Transposition des viscères composant les appareils digestif, respiratoire et circulatoire. 67
Vomique (noix). — Essai thérapeutique. 444
Vomissement de matières fécales, guéri par l'insufflation. 518

W

Wagner. — Transmission du virus contagieux de la splénite charbonneuse des animaux à l'homme. 39
Wallau. — Collectanea. 379
Wawruch. — Du ver solitaire. 122

Y

Ygonin. — De l'application du feu dans les maladies chirurgicales. 157
Yvaren. — Statuts de la reine Jeanne. 173

Z

Zaccarelli. — Pneumonie. — Phénomènes singuliers. 300

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.